FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 — 2e SÉRIE — N° 109

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX
DU
CORPS THYROÏDE

THÈSE

Presentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Janvier 1920.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

PAR

Jean-Louis-Marie-Georges CONRAUX
ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX
Né à Epinal (Vosges), le 6 mars 1892.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM.	HOCHE	professeur...	*Président.*
	ETIENNE	professeur...	*Juges.*
	JACQUES	agrégé.....	
	FAIRISE	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY
1918-1919 — 2e SÉRIE — N° 109

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE CLINIQUE
DE
L'ÉPITHÉLIOMA PAVIMENTEUX
DU
CORPS THYROÏDE

THÈSE

Présentée et soutenue publiquement le Vendredi 9 Janvier 1920.

POUR OBTENIR LE GRADE DE

Docteur en Médecine

BIBLIOTHEEK RIJKS UNIV. LEIDEN

PAR

Jean-Louis-Marie-Georges CONRAUX

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX

Né à Epinal (Vosges), le 6 mars 1892.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. HOCHE	professeur...	*Président.*
ETIENNE	professeur ..	*Juges.*
JACQUES	agrégé.....	
FAIRISE	agrégé.....	

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

NANCY
A. CRÉPIN-LEBLOND, IMPRIMEUR-ÉDITEUR
21, RUE SAINT-DIZIER, 40, RUE DES DOMINICAINS

1919

FACULTÉ DE MÉDECINE DE L'UNIVERSITÉ DE NANCY

Doyen : M. E. MEYER, ✲, I ⓤ.
Assesseur : M. WEISS, O ✲, I ⓤ.
Doyen honoraire : M. F. GROSS, O ✲, I ⓤ.
Professeurs honoraires : MM. BEAUNIS ✲ , ⓤ, NICOLAS, ✲, ⓤ, PRENANT, ✲, I ⓤ.
F. GROSS, O ✲, I ⓤ, M. CHRÉTIEN. I ⓤ, HERRGOTT, ✲, I ⓤ.

Professeurs.

Clinique chirurgicale	M. WEISS, O ✲, I ⓤ.
Chimie médicale et toxicologie	M. GARNIER, I ⓤ.
Hygiène	M. MACÉ, I ⓤ.
Physiologie	M. E. MEYER, ✲, I ⓤ.
Clinique médicale	M. SIMON, I ⓤ.
Histoire naturelle médicale	M. VUILLEMIN, I ⓤ.
Clinique ophtalmologique	M. ROHMER, I ⓤ.
Médecine légale	M. P. PARISOT, ✲, I ⓤ.
Clinique des maladies des enfants	M. HAUSHALTER, ✲, I ⓤ.
Anatomie pathologique	M. HOCHE, ✲, I ⓤ.
Clinique médicale	M. ETIENNE. I ⓤ
Clinique chirurgicale	M. VAUTRIN. ✲, I ⓤ.
Clinique des maladies syphilitiques et cutanées	M. SPILLMANN, ✲, I ⓤ.
Clinique de chirurgie infantile et d'orthopédie	M. FROELICH, ✲. I ⓤ.
Physique médicale	M. LAMBERT, I ⓤ.
Clinique obstétricale et Accouchements	M. N.
Histologie	M. N
Anatomie descriptive	M. N.

Professeurs-adjoints.

Clinique d'oto-rhino-laryngologie	M. JACQUES, ✲, I ⓤ.
Clinique des voies urinaires	M. ANDRÉ, ✲, I ⓤ.

Chargés de Cours complémentaires.

Médecine opératoire	M. MICHEL, I ⓤ, agrégé.
Clinique Chirurgicale élémentaire (1)	M. MICHEL, I ⓤ, agrégé.
Clinique des maladies mentales	M. PARIS. I ⓤ.
Clinique des maladies des vieillards	M. RICHON, ✲, I ⓤ, agrégé.
Pathologie interne	M. RICHON, ✲, I ⓤ, agrégé.
Accouchements	M. FRUHINSHOLZ, ✲, I ⓤ, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. PERRIN, I ⓤ, agrégé.
Thérapeutique	M. PERRIN, I ⓤ, agrégé.
Clinique des Maladies tuberculeuses (1)	M. J. PARISOT, ✲, I ⓤ, agrégé.
Pathologie expérimentale et pathologie générale	M. J. PARISOT, ✲, I ⓤ, agrégé.
Pathologie externe	M. BINET. I ⓤ, agrégé.
Clinique Médicale élémentaire (1)	M. N....
Clinique d'électrothérapie	M. N....

Agrégés en exercice

MM. MICHEL, I ⓤ.
RICHON, ✲, I ⓤ.
G. GROSS, ✲, I ⓤ.
FRUHINSHOLZ, ✲, I ⓤ.
COLLIN, I ⓤ.

MM. ROBERT, I ⓤ.
BUSQUET, I ⓤ.
LUCIEN, ✲, I ⓤ.
BINET, I ⓤ.
PERRIN, I ⓤ.

MM. THIRY, ✲, I ⓤ.
FAIRISE, I. A ⓤ.
J. PARISOT, ✲, I ⓤ.

Agrégés libres

MM. REMY, A ⓤ. FÉVRIER, G O ✲, I ⓤ.

M. H. COIFFARD, I ⓤ. Secrétaire.
M. LAMBERT des CILLEULS, ✲, Ⓜ, I ⓤ, Secrétaire honoraire.

---

(1) Fondation de l'Université.

La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les improuver.

A MON PERE ET A MA MERE

Faible témoignage d'amour filial et de reconnaissance infinie.

A MA TRES CHERE FEMME

A MES BEAUX-PARENTS

MEIS ET AMICIS

A mon Président de Thèse :

MONSIEUR LE PROFESSEUR L. HOCHE

PROFESSEUR D'ANATOMIE PATHOLOGIQUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MON MAITRE

MONSIEUR LE PROFESSEUR P. JACQUES

CHARGÉ DE LA CLINIQUE D'OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE DE LA FACULTÉ

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

A MES JUGES

INTRODUCTION

L'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde, que certains auteurs appellent « cancroïde » en raison de sa structure histologique, ou encore « carcinome pavimenteux » afin de bien mettre en évidence son allure maligne, semble avoir été décrit pour la première fois par Fœrster en 1856 (1). Cet auteur ne considérait d'ailleurs cette tumeur qu'au titre d'une curiosité anatomo-pathologique, extrêmement rare.

Lücke publia, en 1867, la première observation détaillée (*Cancroïd der Schildrüse mit selir akuten Verlauf.* — Arch. für klin. Chir., page 88, vol. IX) et posa un point d'interrogation sur l'origine de ce cancer dont l'évolution si rapide l'avait frappé et dont la structure histologique correspondait à la description de Fœrster.

Quelques années plus tard, à la suite d'une autre observation due à Kaufmann (*Struma maligna.* —

(1) Fœrster. — Supplément à l'atlas d'anatomie pathologique microscopique (1856).

Thèse analysée dans la *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie,* 1879), à laquelle Wœlfler joignait quelques cas personnels, ce dernier auteur émet la première hypothèse sur l'origine de ces épithéliomes. Il les considère comme le produit de l'inclusion d'une partie d'un feuillet ectodermique dans la glande thyroïde, à la suite de la fermeture des fentes branchiales. Ce serait ainsi un néoplasme analogue aux épithéliomas branchiogènes (Wœlfler. *Uber die Entwicklung und den Bau der Schildrüse.* — Arch. für klin. Chirurgie, 1883).

En France, les premières observations publiées, furent celles de Brindel et Liaras (*Bulletin de la Société Anatomique de Bordeaux,* 1895), puis celles de Mermet et Lacour (*Bulletin de la Société Anatomique de Paris,* 1898).

Puis, en 1900, parut la thèse d'Alexis Carrel sur « Le goître cancéreux ». Cet auteur considère les épithéliomas pavimenteux du corps thyroïde comme des néoplasmes rares et mentionne seulement leur existence en y joignant une brève description histologique. Il n'apporte aucune observation nouvelle.

Ce n'est qu'en 1904 qu'un travail important parut sur cette question. Deux observations nouvelles, étudiées très à fond au point de vue anatomique, firent l'objet de la thèse d'Herrenschmidt. Cette étude amène l'auteur à une conception différente de celle admise jusqu'alors, au sujet de l'origine des épithéliomas pavimenteux du corps thyroïde. Il explique ces néoplasmes par la propriété que posséderait l'épithélium intestinal antérieur — et en particulier sa couche

basale — de transmettre sa tendance épidermoïde aux cellules cancéreuses (Théorie des tumeurs d'origine basale de Krompecher).

Depuis cette époque, faute d'observations détaillées nouvelles, semble-t-il, cette question fut laissée de côté par les auteurs. Si dans leur « Nouveau Traité de Médecine » au chapitre « Cancer » magistralement rédigé par M. Menestrier, MM. Brouardel et Gilbert mentionnent l'existence d'un épithélioma pavimenteux d'origine ectodermique de la glande thyroïde, ce n'est que sur la foi des observations précédentes que nous venons de citer. Toutefois en 1912, dans un article paru dans la *Revue de Chirurgie,* et intitulé « *Contribution à l'étude de la classification anatomique des tumeurs thyroïdiennes* », MM. Bérard et Alamartine citent, sans détails, le cas d'une tumeur thyroïdienne ayant évolué très rapidement chez une femme enceinte et qu'ils reconnurent plus tard comme étant un épithelioma pavimenteux.

De tous les travaux énumérés dans cet aperçu historique, il ressort que ce genre de tumeur fut surtout étudié au point de vue anatomique. Aussi, sur les conseils de M. le Professeur agrégé Jacques, chargé de la Clinique oto-rhino-laryngologique de la Faculté, il nous a paru intéressant d'essayer de mettre en lumière quelques traits de l'allure clinique et de l'évolution de ces épitheliomas. Cela était d'autant plus tentant que deux cas avaient été observés en détail dans les hôpitaux de Nancy, l'un en 1904, et l'autre tout récemment.

Dans un premier chapitre, nous publierons à nou-

veau les observations dues aux auteurs cités plus haut en y joignant les deux cas inédits dont nous venons de parler. Puis, après avoir identifié au point de vue anatomo-pathologique l'épithélioma pavimenteux de la glande thyroïde, nous nous proposons de passer en revue les hypothèses pathogéniques et d'étudier l'étiologie, la symptomatologie, le diagnostic et l'évolution de cette variété de cancer. Nous terminerons par l'étude des moyens de traitement que l'on peut opposer à cette redoutable affection.

Mais auparavant, qu'il nous soit permis de traduire ici l'expression de notre gratitude à tous nos Maîtres de la Faculté.

En particulier, que M. le Professeur F. Gross, qui nous initia avec tant de bienveillance au diagnostic chirurgical, alors que nous étions jeune étudiant, et qui, plus tard, alors que nous étions son externe, nous témoigna un réel intérêt, reçoive ici l'assurance bien sincère de notre reconnaissance très déférente.

Que M. le Professeur Etienne, dont nous ne pourrons oublier les leçons cliniques si fructueuses pour nous, croie au souvenir précieux et respectueux que nous lui gardons.

Que M. le Professeur Hoche qui, pour l'élaboration de ce modeste travail que les circonstances rendirent hâtif, ne nous ménagea ni son temps ni ses conseils, trouve ici l'expression profonde de notre gratitude. En acceptant la présidence de notre thèse, il nous fait un honneur auquel nous savons n'avoir aucun titre.

Pendant de longs mois de notre vie d'étudiant, dans les fonctions d'externe d'abord et d'interne ensuite,

nous fûmes attaché à la Clinique d'oto-rhino-laryngologie de M. le Professeur Jacques. Nous nous souviendrons toujours de la délicate bienveillance et de la confiance qu'il sut nous témoigner à maintes reprises. Nous garderons de cet excellent Maître, le souvenir le plus respectueux et le plus profondément reconnaissant.

A M. le Professeur agrégé Fairise qui se dépensa pour nous être agréable, nous offrons l'assurance de nos très vifs remerciements.

Aux Docteurs Heuilly et Coulet, chefs de clinique à la Faculté, dont la bonne et obligeante cordialité nous toucha toujours, nous présentons avant de les quitter l'expression sincère du reconnaissant souvenir que nous leur gardons.

CHAPITRE PREMIER

OBSERVATION I

BRINDEL et LIARAS. — *Bull. Soc. Anat.* Bordeaux, 1895.

Camille D..., 42 ans, entre à l'Hôpital Saint-André, le 20 avril 1894, pour deux tumeurs dont le début remonte à un an et demi.

Aucun antécédent morbide. Habite Bordeaux. Constitution robuste.

Présente au cou, dans la région sous-maxillaire gauche, deux tumeurs mesurant chacune le volume d'un gros œuf de poule. Ces tumeurs arrondies, à surface régulière, sont mobiles ; l'inférieure (car elles sont superposées, la plus haute se cachant derrière l'angle du maxillaire) ne semble pourtant pas complètement indépendante de la ligne médiane ; elles sont dures, assez profondes, ne suivent pas les mouvements du larynx pendant la déglutition. Plusieurs chirurgiens qui les ont examinées, ont pensé qu'il s'agissait là d'une double adénite, probablement tuberculeuse malgré l'embonpoint du sujet qui en est porteur.

L'intervention eut lieu le 21 avril. Il est fait une incision

transversale, parallèle au pli de la peau du cou. Après section de la peau et du peaucier, on cherche à circonscrire avec le doigt la tumeur inférieure de manière à l'énucléer ; mais cette décortication semble très laborieuse ; elle est commencée, mais on doit l'interrompre. On a alors des doutes sur la réalité de l'adénite ; en y regardant de près, on voit que la tumeur est entourée par un tissu noirâtre : le diagnostic s'impose, on est en présence d'un goître.

M. Dubourg incise alors la capsule qui environne la tumeur, la coque sous-jacente et, couche par couche, arrive enfin sur une paroi très nette dont l'énucléation se fait sans difficulté ; le contenu est liquide et citrin. On ne fait aucune ligature ; le suintement sanguin provenant de la section du tissu s'arrête par simple compression.

On s'aperçoit alors que la deuxième tumeur est reliée à la première par un pédicule assez volumineux ; pour l'amener dans l'axe de la plaie et rendre son ablation possible, on doit la tirailler un peu, puis on procède, comme pour la première, par une incision, couche par couche, au bistouri. Comme la capsule ne touche pas sur le reste de la glande, M. Dubourg sectionne profondément dans l'épaisseur de cette tumeur, dont le contenu vient s'effriter entre les lèvres de la plaie.

Le tissu malade est enlevé facilement ; la face interne de la capsule intra-glandulaire apparaît alors et est enlevée par lambeaux (car elle est friable), mais en totalité.

Les parois de la poche qui contenait le goître parenchymateux sont suturées ; l'intérieur est drainé à la gaze iodoformée, de même que la cavité laissée libre par l'ablation du kyste, et une suture des parties molles réunit les divers étages de la plaie.

Le soir, le malade parle bien, il n'a pas de fièvre.

Le lendemain, on observe une aphonie complète et un peu de dysphagie, preuve d'une irritation du laryngé inférieur. L'aphonie et la dysphagie disparaissent dans la journée du surlendemain.

Le 27 avril, six jours après l'opération, premier pansement. La mèche de gaze est retirée : pas de suintement. Le malade sort le 28 avril n'éprouvant aucune douleur et avec un simple petit pansement occlusif au collodion.

Il revient le 2 mai. La plaie est complètement cicatrisée. Cependant un point de la cicatrice est toujours resté induré profondément et peu à peu nous avons vu se développer une tumeur analogue en tout aux précédentes et qui atteignait, au moment où M. Dubourg jugea une nouvelle intervention indispensable, le volume d'un œuf de pigeon environ. Ceci se passait huit mois après la première opération. Il s'était fait là une récidive sur place qui progressait lentement, mais qui n'en inquiétait pas moins le malade.

La récidive d'un goître simple après énucléation intraglandulaire étant très peu commune, notre attention fut attirée, ainsi que celle de M. Dubourg, qui voulut bien nous confier la tumeur après l'ablation. L'opération fut, du reste, des plus simples, en tous points analogue à la précédente et l'énucléation du noyau malade fut encore possible, nous dirons même relativement facile. La réunion de la plaie se fit par première intention et le malade sortit de l'hôpital pour la deuxième fois huit jours après cette nouvelle intervention.

Cette dernière opération date de sept mois. Nous avons revu le malade il y a quelques jours à peine et il n'y a pas trace de récidive. Il est aussi vigoureux que l'an dernier et sa cicatrice à peine visible ne présente plus aucune induration.

Examen histologique. — Dans les coupes, colorées au picro-carmin, on voit deux substances bien différentes par la coloration. L'une, vivement colorée en rouge, est uniquement formée de cellules. Elle est disposée sous forme d'îlots présentant un aspect arborescent et quelquefois simplement arrondi. A leur périphérie, dont la limite est très nette, les cellules sont tassées les unes contre les autres, allongées perpendiculairement à la circonférence, au nombre de deux ou trois rangées, elles forment un liseré

qui paraît plus coloré que le reste de l'îlot. Au centre de cet îlot existe un espace clair, très rond, limité par des cellules plus aplaties que les autres, formant là une espèce d'entothelium qui ne se distingue pas des autres cellules par la coloration. Ces cellules ont été repoussées par une substance rosée, occupant l'espace clair, substance dans laquelle on n'observe pas de formes cellulaires et qui n'est autre, selon toutes probabilités, qu'un liquide colloïde accumulé dans une cavité kystique. Ce liquide ne remplit pas complètement la cavité. Les cellules qui occupent l'espace compris entre la périphérie de l'îlot et la circonférence du kyste sont plus espacées que les autres et plus petites ; elles ont des formes variées, tantôt arrondies, tantôt cubiques, tantôt allongées. De-ci, de-là dans les îlots, qui ne renferment pas de cavités kystiques et que l'on voit sous forme de tubes pleins, on trouve un ou deux globes épidermiques absolument caractéristiques.

Le reste de la coupe est occupé par du tissu cellulaire mal coloré par le picro-carmin, dont les fibres, sous formes de faisceaux parallèles sont dirigées dans tous les sens. A leur surface, on voit ces cellules allongées, jalonnant pour ainsi dire les fibres.

Sur certaines préparations existent de larges bandes de tissu fibreux circonscrivant complètement cinq, six, dix îlots, et ceux-ci sont ordinairement moins colorés que ceux dont nous venons de parler ; ils n'offrent ni cavités kystiques, ni globes épidermiques ; les cellules qui les constituent ont toutes à peu près les mêmes dimensions, le même aspect et rappellent en tout point les follicules clos hypertrophiés de l'amygdale. C'est là, croyons-nous, de l'hypertrophie simple des follicules du corps thyroïde, autrement dit du goître simple. Mais à côté de ces points, il est des îlots complètement entourés de tissus fibreux adultes et qui n'en sont pas moins épithéliaux et kystiques.

Sur des coupes faites à la périphérie du néoplasme, on voit nettement une large coque de tissu fibreux, enveloppant le tissu malade, et s'enfoncer dans l'intérieur de la

tumeur pour former les cloisons que nous venons de décrire.

Un fragment de la tumeur provenant de la première opération avait été porté au Laboratoire d'Anatomie Pathologique de la Faculté ; nous avons pu le retrouver et pratiquer l'examen des coupes qui avaient été faites en mai 1894. On voit également sous le champ du microscope un tissu composé de deux substances différentes : une pâle, jaunâtre, formée de fibres de tissu conjonctif, dont les faisceaux parallèles en un grand nombre d'endroits sont, dans d'autres, dirigés dans tous les sens. Des noyaux allongés accompagnent les fibres qui, par places, sont dissociées par des cellules rondes et des éléments analogues à ceux qui composent la deuxième substance, plus colorée que la première et composée de cellules épithélioïdes. Cette seconde substance se trouve sous forme d'îlots arrondis, ovalaires ou munis de prolongements parfaitement limités dans la majeure partie de la coupe par des cellules un peu plus allongées que le reste de la masse et pressées les unes contre les autres. Le reste de l'îlot n'est qu'un amas de cellules polygonales, à noyaux volumineux, laissant souvent à son centre un espace rempli par de la substance colloïde et dont les dimensions varient à l'infini. Les deux ou trois rangées de cellules avoisinant la lumière de l'îlot sont toujours aplaties et il arrive que les parois de cette cavité kystique ne comprennent que deux, trois ou quatre rangées de cellules seulement. Nous n'avons pas découvert de globes épidermiques dans ces préparations. Les cellules épithélioïdes infiltrent en un point le tissu conjonctif et ne sont plus réunies en une masse parfaitement limitée. Les parois des vaisseaux sont sclérosées, épaissies et infiltrées de cellules épithéliales. La paroi endothéliale offre des franges dans l'intérieur du vaisseau. Il s'agit encore d'un épithelioma.

OBSERVATION II

BRINDEL et LIARAS. — *Op. cit.*

Mlle Mélanie R..., 15 ans, tailleuse, entre à l'Hôpital Saint-André, le 15 mai 1893 dans le service de M. Dudon, pour une tumeur du cou.

Aucun antécédent héréditaire, la malade a habité Pau et Tarbes ; dans sa famille personne ne présente de goître. Elle a eu à Pau une coqueluche très prolongée ; elle a d'assez fréquentes épistaxis ; elle n'est réglée que depuis 8 mois.

La jeune fille ne sait pas trop à quel âge sa tumeur a commencé ; il y a 3 ou 4 ans, elle était grosse comme une petite cerise. M. le Docteur Piéchand, consulté à ce moment, lui proposa l'ablation, la famille refusa et n'accepta qu'un traitement à la teinture d'iode.

La tumeur alla en augmentant, *surtout depuis six mois,* et la jeune fille éprouvant déjà quelques troubles de la phonation, sur lesquels nous n'avons malheureusement pas de renseignements précis, et de temps à autre de la gêne pour respirer, accepta une intervention que lui proposait M. le Docteur Dudon.

Au moment de son entrée à l'hôpital, on constate les phénomènes suivants : la tumeur est située partie au-dessous, partie en dedans du sterno-cleido-mastoïdien droit, à la hauteur du cricoïde ; elle a un peu plus du volume d'une grosse cerise. Pas de fluctuation nette, mais rénitence faisant supposer la présence probable d'un liquide à l'intérieur. M. Dudon fait une ponction à la seringue de Pravaz et retire un liquide hématique.

Le 24 mai, opération. Incision au niveau du kyste. A peine commence-t-il à être dégagé que l'on constate la présence d'un second, puis d'un troisième kyste ; sans les

séparer, et sans agrandir son incision primitive, M. Dudon retire peu à peu toute une masse de petits kystes, gros comme des cerises, qui s'enlèvent complètement par simple décollement. Il reste après l'opération une vaste cavité correspondant à la situation de la portion enlevée, et aux deux extrémités de la cavité une portion saine du corps thyroïde ; la plus volumineuse se trouve à gauche de l'incision. Chaque kyste contient un liquide hématique.

Les suites furent assez bonnes ; il y eut pendant quatre jours un peu de dysphagie, mais pas de gêne respiratoire ; on note pendant quatre jours un peu d'élévation de la température. Quelques gouttes de pus vinrent sourdre dans le pansement, mais la guérison fut rapide néanmoins, car la malade sortit de l'hôpital, vingt jours après son opération, entièrement guérie. De plus, sa phonation avait repris ses caractères normaux. Malheureusement, l'examen histologique n'a pas été pratiqué, les pièces ayant été égarées.

Quoi qu'il en soit, dix-neuf mois après cette intervention, c'est-à-dire en janvier 1895, la malade rentrait de nouveau à l'hôpital, dans le même service, avec une récidive sur place et datant déjà de plusieurs mois. Elle venait réclamer une nouvelle opération, par simple coquetterie, car elle n'éprouvait ni gêne ni douleur.

M. Dudon fait son incision sur l'ancienne cicatrice : il découvre un kyste thyroïdien, puis un deuxième, ainsi que deux petits noyaux consistants, qu'il enlève par la même occasion. Dans les kystes se trouvait encore un liquide hématique. Le dixième jour, la malade sortait complètement guérie.

La guérison s'est maintenue depuis lors et son état général ne s'est pas modifié. Il est, comme avant l'opération, aussi satisfaisant que possible, et cette fille est actuellement employée dans un des plus grands magasins de Bordeaux.

Nous avons recueilli avec soin les pièces enlevées, et après fixation dans l'alcool absolu, nous les avons traitées de la même façon que celle de notre malade précédent. Il

s'agit encore là d'un épithelioma pavimenteux lobulé qui ressemble à s'y méprendre au précédent et sur lequel il est inutile d'insister davantage.

OBSERVATION III

MERMET et LACOUR. — *Bull. Soc. Anat. de Paris*, 1896.

H..., Anna, 56 ans, journalière, entre le 14 août dernier, à l'Hôpital Cochin, pavillon Lister, salle Sédillot, dans le service de notre maître M. Schwartz, pour des accidents dyspnéiques et asphyxiques graves, provoqués par une volumineuse tumeur de la région cervicale.

Quoique cachectique, profondément amaigrie et de teint légèrement terreux, cette femme a pourtant un passé pathologique peu chargé. En dehors de l'affection qui nous l'amène et qui est de date relativement récente, elle n'a eu que de légères indispositions. Elle n'a jamais eu d'enfants, ni de fausses-couches.

L'histoire des accidents ne remonte chez elle guère à plus de deux mois ; nous devons toutefois rappeler que cette femme avait remarqué depuis quelques années, 3 ou 4 ans, qu'elle était porteuse au niveau de la région thyroïdienne d'une tumeur mal limitée, qu'elle avait, suivant son expression, le cou un peu fort.

Il y a deux mois, sans cause appréciable, la tumeur augmenta assez rapidement de volume, surtout du côté gauche. En même temps apparaissaient quelques accidents de compression laryngée et de paralysie récurrente : un peu de gêne respiratoire surtout au moment des efforts, de la dysphonie momentanée, une légère toux quinteuse, mais pas de douleurs appréciables. Une huitaine de jours après l'apparition de ces premiers symptômes, la malade eut une petite hémoptysie, formée de quelques crachats rouillés, teintés de sang, qui persista pendant 2 ou 3 jours et cessa

pour se reproduire 15 jours plus tard avec les mêmes caractères.

Ces accidents de compression et de congestion laryngée augmentèrent promptement. Au milieu de juillet, la dysphonie s'était notablement exagérée, la voix était rauque et voilée, la dyspnée augmentait, était surtout nocturne ; une toux plus quinteuse et un peu rauque s'installait accompagnée de temps à autre de quelques crachats sanguinolents et dans l'intervalle d'une expectoration spumeuse, aérée. La déglutition était gênée et les douleurs ne devenaient vives que par l'absorption d'un bol alimentaire volumineux.

Une hémoptysie un peu plus abondante suivie d'une dyspnée paroxystique, de tirage sus et sous-sternal, avec sensation d'angoisse générale, décida cette femme à entrer à l'hôpital.

Le 14 août, on constate les symptômes suivants : la dyspnée est très marquée, avec tirage, augmentant dans le décubitus dorsal, la nuit surtout ; le tirage devient alors dans cette position sus et sous sternal ; la face était légèrement cyanosée et tuméfiée. La voix était rauque, bitonale par instants. Il existait d'une façon intermittente un peu de cornage. La déglutition était très difficile et les aliments liquides pouvaient seuls passer. Les douleurs consistaient en une sensation de striction à la base du cou avec sentiment d'angoisse des plus pénibles.

L'état général était médiocre ; la malade avait le teint jaunâtre, plombé, en dehors des crises asphyxiques. Les fonctions digestives s'exécutaient mal ; il y avait une anorexie presque complète, les aliments liquides étaient d'ailleurs seuls tolérés ; il existait un dégoût profond pour les graisses. Rien du côté des autres appareils ; cette femme n'était plus réglée depuis six ans et n'avait jamais rien éprouvé du côté de la sphère génitale.

L'examen de la région cervicale montrait un gonflement en masse au niveau des portions moyenne et inférieure de celle-ci. Le cou était fortement proéminent dans la région

thyroïdienne, et cette saillie était due à l'hypertrophie des deux lobes de la glande avec un empâtement ligneux des plans circonvoisins. La peau de la région cervicale avait d'ailleurs conservé son allure normale ; elle était souple et mobile et sans vascularisation appréciable. A la palpation, on reconnaissait que la tumeur était manifestement d'origine thyroïdienne ; elle était mobile avec le larynx et la trachée, dure et non douloureuse. Sa forme était asymétrique ; elle faisait une saillie plus marquée à gauche. La surface en était lisse, régulière, ses limites peu marquées en raison de l'épaississement des plans sus-jacents et du tissu cellulaire cervical infiltré. Son volume était assez considérable pour repousser en dehors, surtout du côté droit le sterno-mastoïdien et refouler en arrière les gros vaisseaux du cou ; elle descendait en bas jusqu'au sternum derrière lequel elle avait tendance à plonger ; en haut, elle remontait jusqu'à l'os hyroïde. On ne constatait aucun ganglion lymphatique engorgé dans les régions circonvoisines, par en bas seulement de la région cervicale on avait manifestement la sensation que la chaîne ganglionnaire péri-trachéale était prise. L'examen laryngoscopique démontrait que la corde vocale gauche était rapprochée de la ligne médiane, immobile dans la position cadavérique lors des efforts de phonation ; il existait donc en somme une paralysie du récurrent gauche, ce que d'ailleurs faisaient prévoir les symptômes fonctionnels et expliquait l'examen de la région cervicale.

Le soir de l'entrée à l'hôpital, les accidents dyspnéiques deviennent de plus en plus graves, la malade a une véritable crise de suffocation. Le chirurgien de garde appelé, lui fait, dans d'assez mauvaises conditions, une laryngotomie inter-crico-thyroïdienne. On dut inciser au moins 4 centimètres d'un tissu néoplasique, mollasse, friable, et aller chercher le conduit laryngo-trachéal au moins à 2 centimètres à droite de la ligne médiane ; le placement de la canule fut des plus difficiles.

L'opérée eut quelques jours de soulagement, mais peu

à peu les bourgeons néoplasiques végétèrent au dehors à travers les lèvres de l'incision cutanée, finirent par obstruer la canule et la trachée, et le 3 septembre, la malade cachectisée était emportée dans une nouvelle crise d'asphyxie.

Autopsie. — L'examen nécropsique montra l'existence d'un volumineux cancer du corps thyroïde ayant envahi le larynx et la trachée, accompagné d'aucune métastase néoplasique viscérale. L'ovaire droit polykystique, augmenté de volume, et qui, à première vue, simulait un ovaire dégénéré secondairement, était simplement sclérosé et sénile.

Le corps thyroïde forme autour du larynx et de la partie supérieure de la trachée un demi anneau épais et adhérent tant du côté de la superficie que dans la profondeur.

Le lobe gauche, du volume d'une orange, déviant le larynx et la trachée à droite, en bas empiétant jusqu'à la poignée sternale et descendant jusqu'à la partie moyenne de la trachée, remonte par en haut presque au niveau de l'os hyoïde dont il n'est distant que de 1 centimètre à peine.

Dans son hypertrophie, ce lobe a à peu près conservé sa forme et ses rapports habituels. Sa mobilité toutefois a disparu ; la capsule thyroïdienne se continue intimement avec le tissu cellulaire épaissi qui forme une véritable gangue préthyroïdienne et laryngo-trachéale.

C'est dans cette gangue que se trouvent plongés les ganglions cervicaux et les nerfs laryngés ; on comprend sans peine la compression du récurrent gauche et par la tumeur et par les ganglions adhérents, au niveau de ce tissu cellulaire infiltré. Comme configuration de ce lobe, celle-ci est peu modifiée.

La face antérieure convexe, de coloration rougeâtre, est à peu près lisse, recouverte qu'elle est par les muscles préthyroïdiens solidement unis à la capsule de la glande. La face postérieure est presque plane, de couleur grisâtre ; du côté interne la capsule se continue sans transition avec les membranes crico-thyroïdienne et crico-trachéale. La pointe supérieure de ce lobe remonte jusque sous la gouttière

pharyngée dont la muqueuse est mobile sur elle, la pointe inférieure est unie à la chaîne ganglionnaire cervicale.

L'isthme de la thyroïde a un volume énorme ; il offre 7 centimètres de hauteur sur 4 d'épaisseur. Il est situé sur la partie latérale droite du larynx et de la trachée et, comme ceux-ci, est dévié fortement de ce côté par le lobe gauche proéminent. C'est un anneau épais et solide. Sa face antérieure arrondie, lisse, recouverte par les muscles préthyroïdiens, présente l'incision de la laryngotomie : celle-ci a donc porté en plein corps thyroïde. Au devant de cette face et par la boutonnière chirurgicale, le tissu prélaryngé est envahi, les bourgeons néoplasiques ont gagné la peau de l'incision cutanée et font saillie à l'extérieur. La face postérieure de cet isthme fait corps avec le larynx et la trachée : la coupe macroscopique nous démontrera plus loin la continuité du tissus.

Le lobe droit est comme l'isthme de la thyroïde fortement dévié à droite par la saillie du lobe gauche. Son volume est d'ailleurs bien inférieur à celui de ce dernier ; il a 7 centimètres de hauteur sur 4 de largeur et autant d'épaisseur. Il remonte en haut à peu près à la même hauteur que le lobe gauche, mais il descend 2 centimètres moins bas que lui. Sa face antérieure arrondie, convexe, se continue du côté médian presque sans transition avec l'isthme. Sa face postérieure, très reportée à droite en arrière par suite du volume du lobe gauche, est à peu près plane ; il présente sur sa partie moyenne une gouttière peu profonde, presque verticale, légèrement oblique en haut et en dehors (gouttière carotidienne) ; du côté médian elle se continue par un prolongement néoplasique, qui gagne la partie postérieure du larynx, fusant dans la membrane crico-thyroïdienne.

A la coupe, la glande thyroïde offre un aspect différent suivant les points. Sur le lobe gauche, elle montre de gros noyaux du volume d'une noisette à une noix, de coloration grisâtre, de consistance ferme, donnant au râclage un suc

abondant et miscible à l'eau. Toutes ces lobulations sont séparées les unes des autres par des bandes de tissu fibreux blanchâtres, issues de la capsule. Du côté médian, au voisinage de l'isthme, toute trace de lobulation a tendance à disparaître, la consistance devient plus molle, la coloration plus brunâtre. C'est cet état qu'on retrouve au niveau de l'isthme et jusque dans les bourgeons charnus qui font issue par la plaie opératoire. La capsule de ce lobe, épaisse de 1/2 centimètre à 1 centimètre est solide, résistante, quoique paraissant infiltrée par places, surtout du côté de l'isthme ; elle envoie des bandes fibreuses entre les lobes à l'intérieur de la glande. Les vaisseaux lymphatiques capsulaires sont dilatés, enflammés (lymphangite cancéreuse).

Sur le lobe droit, la consistance du parenchyme thyroïdien est un peu moins ferme ; on rencontre de gros nodules de goître à apparence colloïde, brillants, gélatineux, mollasses. Quelques-uns cependant sont grisâtres, et rappellent les noyaux du lobe gauche. La capsule sur ce lobe n'a guère que 1 à 2 centimètres d'épaisseur ; elle est plus fragile et à sa surface on n'aperçoit pas les dilatations lymphatiques qui constituent le réseau superficiel du lobe gauche.

Le larynx et la trachée sont profondément infiltrés et altérés dans leurs diverses régions, mais principalement l'un dans sa portion sous-glottique, l'autre dans sa partie supérieure.

Les bandes ary-épiglottiques sont envahies. Le tissu sous-muqueux est le siège d'un œdème gélatiniforme, et au niveau de l'articulation thyro-aryténoïdienne existe une traînée cancéreuse, grisâtre, transversale. Dans cette portion sus-glottique du larynx, la muqueuse est cependant encore mobile en partie.

Les cordes vocales, les supérieures surtout en raison de leur laxité, sont infiltrées comme les replis aryépiglottiques. Les inférieures ont conservé toutefois leur aspect blanchâtre, la droite plus rapprochée de la ligne médiane.

Immédiatement au-dessous de celles-ci apparaissent les

bourgeons néoplasiques faisant saillie par l'incision opératoire dans le tube laryngo-trachéal. Cette incision remonte en haut à 1 centimètre des cordes vocales inférieures ; en bas, elle descend jusqu'au premier anneau de la trachée ; elle a donc intéressé les deux cartilages inférieurs du larynx, c'est à proprement parler une laryngotomie. Les bords de la plaie et son fond sont recouverts de bourgeons cancéreux, grisâtres, mollasses et friables, dont un plus volumineux, visible à la partie inférieure de la boutonnière laryngée, obture presque complètement le conduit respiratoire.

Au-dessous de ces végétations intra-laryngées, la muqueuse trachéale présente des sillons et des replis peu saillants, formés de petites élevures disposées verticalement en séries linéaires, d'aspect blanchâtre presque nacré ; elles paraissent dues à l'injection cancéreuse du réseau lymphatique sous-muqueux.

Dans tout le reste du larynx et dans la partie supérieure de la trachée, la muqueuse est rouge, injectée.

Les cartilages du larynx sont profondément altérés, sauf les aryténoïdes. Le cartilage thyroïde est envahi complètement et détruit dans toute sa partie antérieure ; dans sa partie postérieure, il est d'aspect rougeâtre, ossifié par endroits. Le périchondre a une épaisseur de 1 à 2 millim., et se continue directement avec le foyer et le tissu néoplasiques. Le cartilage cricoïde, de même que les deux premiers anneaux de la trachée, sont ramollis et érodés dans les deux tiers antérieurs.

La chaîne ganglionnaire cervicale récurrente est toute entière prise. Des deux côtés de la trachée et le long des récurrents ces ganglions se continuent, du volume d'une noisette à celui d'un œuf de pigeon. Ils sont gris rougeâtre, ramollis et en voie de suppuration. Ce sont surtout ces ganglions qui compriment le récurrent et l'accolent à la tumeur thyroïdienne.

Examen histologique. — Nous avons eu affaire à un épithélioma pavimenteux tubulé, type du corps thyroïde.

On voit d'abord la capsule thyroïdienne épaissie, dense, fibreuse, très vasculaire. Au-dessus, on reconnaît une couche de vésicules thyroïdiennes aplaties, refoulées à la périphérie par le néoplasme central. Celui-ci est constitué par des boyaux épithéliaux formés de grandes cellules pavimenteuses dont le noyau est riche en matière chromatique ; dans l'intervalle de ces boyaux, les vésicules thyroïdiennes sont déformées, constituant des amas cellulaires de configuration variée.

OBSERVATION IV

(Bufnoir et Milian. — Soc. Anat. de Paris, 1898.)

Femme âgée de 52 ans, chapelière. Entre à la Salle Sainte-Madeleine, le 25 février 1898, avec une bronchite légère et une dyspnée intense accompagnée de cornage.

Ces phénomènes s'expliquent par la présence d'une tumeur au corps thyroïde. La tumeur, bien encadrée extérieurement par les bords antérieurs des sterno-mastoïdiens, est moins bien limitée à sa partie inférieure, car elle plonge derrière la poignée sternale. Elle est dure et à peu près indolente.

La malade est née en Savoie et a quitté son pays depuis 30 ans. Elle n'avait pas de goître au moment de son départ. Dans sa famille, se trouvait un goîtreux, son frère, mais la malade ne peut affirmer qu'il y en ait d'autres, car le goître est une maladie fréquente dans son pays d'origine, où l'on n'y prête, en général, aucune attention.

La tumeur a fait son apparition en octobre 1897. Quelques symptômes fonctionnels : enrouement, toux, poussèrent la malade à consulter un laryngologiste qui lui conseilla un traitement dont elle ne retira aucun bénéfice.

Vers le 10 février, sous l'influence d'un coup de froid, dit la malade, la tumeur prit un développement rapide et considérable. La dyspnée devint plus intense en même temps

que la fièvre apparut. La malade entre alors dans un service de chirurgie où elle contracte une bronchite. Cependant la tumeur diminue un peu de volume, mais les accès de dyspnée avec cornage persistent. C'est alors que la malade entre à la Salle Sainte-Madeleine.

Nous attribuons la suffocation à une compression de la trachée, ou à une compression d'un des récurrents, remarquant toutefois qu'il n'y a pas de voix bitonale. Un examen laryngoscopique éloigne ce dernier diagnostic en montrant qu'il n'y a pas de paralysie des cordes vocales.

L'examen des poumons et du cœur ne nous révèle rien d'anormal. Pas de palpitations, pas de bouffées de chaleur, exophtalmie très peu appréciable. Pas de troubles nerveux.

La malade sort de la Salle Sainte-Madeleine le 8 mars pour entrer dans un service de chirurgie et être opérée.

Le soir même, elle meurt dans un accès de suffocation.

Autopsie. — Le corps thyroïde est notablement augmenté de volume, de la grosseur d'une petite orange. La tumeur est constituée par une masse assez dure, de couleur blanchâtre, qui donne au râclage un liquide trouble. A l'intérieur de la trachée, sur une longueur de 3 à 4 centimètres, à la hauteur du corps thyroïde, siègent des végétations obstruant en grande partie le calibre de cet organe.

Pas d'adhérences aux organes voisins. Pas de ganglions. Foie, reins, cœur, normaux. Un peu de congestion sur toute la hauteur des deux poumons.

L'examen histologique de la tumeur montre, ainsi que l'attestent les préparations présentées à la Société Anatomique, qu'il s'agit d'un épithélioma pavimenteux caractéristique.

OBSERVATION V

(Herrenschmidt.)

Charles W..., 60 ans, garçon de café, entré dans le service de médecine de M. le Professeur Koranyi, le 3 mars 1903, mort le 22 mars.

Antécédents héréditaires nuls. Le malade ne se souvient pas avoir eu d'autres maladies, qu'une syphilis à 23 ans, qui, traitée dès l'apparition des accidents secondaires par les frictions mercurielles, ne reparut jamais. Il a abusé de l'alcool et du tabac.

Il y a 4 mois, il remarqua pour la première fois une gêne de la respiration qui augmentait par l'effort, la marche accélérée, les émotions ; au repos, la respiration restait bruyante. Pourtant il pouvait continuer son travail habituel.

Il y a 3 mois, survint un enrouement qui persiste depuis ce temps. Pas de douleurs locales, ni irradiées.

Il y a 6 semaines, accès de dyspnée extrêmement grave, mais le paroxysme se dissipa spontanément au bout d'une heure.

Le malade est de moyenne stature, bien développé, mais amaigri. Système osseux intact. Peau et muqueuses saines ; les lèvres un peu cyanosées, les pupilles moyennement dilatées réagissent normalement.

Le lobe droit de la glande thyroïde est augmenté de volume. Pas de ganglions. Cage thoracique bombée, respiration à type thoracique (20 par minute).

On ne sent pas la pointe du cœur. Pouls assez tendu, à 78. Déglutition libre, fonctions digestives normales, rien dans la cavité abdominale.

Submatité dans la moitié interne de la région sous-claviculaire droite, matité au-dessus de la poignée sternale. La matité cardiaque s'étend en dehors jusqu'à un doigt de la ligne du mamelon.

Deuxième bruit aortique, légèrement accentué. Respiration rude aux sommets (?), difficile à apprécier en raison du bruit laryngien.

Les urines sont jaune clair, acides. Ne contiennent rien d'anormal, pas d'albumine. Quantité 1.200 centimètres cubes.

L'examen laryngoscopique montre des excursions très imparfaites de la corde vocale inférieure droite. Trachée comprimée d'avant en arrière et de droite à gauche. On

devine une masse néoplasique sous la muqueuse trachéale du côté droit.

Etat du sang : globules rouges, 4.600.000. Globules blancs, 11.000. Les préparations colorées n'indiquent rien de particulier.

Rayons X : à droite de la poignée sternale une ombre, sans pulsations.

Marche de la maladie. — Le 4 mars, traitement arsenical progressif.

Le 11. Nouvel examen aux rayons X, pendant lequel le malade, subitement cyanosé, est pris d'un accès de dyspnée inquiétant. L'inspiration est longue et pénible. Oxygène.

Le 22. Accès de dyspnée plus violent, spontané. Cyanose, tirage. Mort.

Autopsie. — Cadavre de taille moyenne, bien développé, amaigri. Coloration blafarde de la peau.

Diaphragme abaissé d'un espace intercostal.

Les poumons apparaissent boursouflés. Les ganglions du médiastin antérieur, variant entre le volume du haricot et de la noix, confluent en une masse irrégulière de la grosseur d'une mandarine.

Un peu de sérosité transparente dans le péricarde. Le cœur dépasse le volume du poing, valvules normales ; endocarde lisse, brillant ; légère hypertrophie du ventricule gauche, muscle sans éclat, cassant ; aorte ascendante un peu dilatée ; au niveau de la crosse et de la portion thoracique, on rencontre de nombreuses plaques hyalines surélevées, des îlots jaune-soufre graisseux et de petites ulcérations athéromateuses.

Tumeur thyroïdienne portant principalement sur le lobe droit et l'isthme. Dimensions :

	Hauteur.	Largeur.	Epaisseur.
Lobe droit.....	7 1/2 cent.	4 cent.	2 cent.
Isthme.....	3 »	»	0,5 »
Lobe gauche..	4 »	3 1/2	0,6 »

Le lobe droit, du volume d'un œuf d'oie, bosselé à sa surface, prend une extension considérable en arrière, en

dehors et en bas : repoussant la carotide primitive et avec elle le tronc brachio-céphalique et la bifurcation thyroïdienne en dehors, cette masse déplace vers la gauche l'œsophage, à gauche et en avant la trachée à laquelle elle adhère ; elle s'étend en hauteur depuis les cordes vocales inférieures jusqu'au tronc brachio-céphalique, au-dessous et en arrière duquel elle se termine par un bourgeon gros comme une noisette. Cette tumeur, irrégulière de forme et de consistance inégale, entoure la trachée dans ses 4/5 supérieurs et sur la moitié de sa circonférence.

Les ganglions péritrachéaux, augmentés de volume, conduisent à une seconde masse, déjà signalée, qui est constituée par la conglomération des ganglions intertrachéo-bronchiques. Elle repousse en haut et à gauche la bifurcation de la trachée et de là descend encore de 6 centimètres, jusqu'à la naissance du péricarde, adhérant à la crosse aortique et se logeant dans l'angle ouvert en arrière et à droite que forme l'aorte avec l'artère pulmonaire.

L'isthme et le lobe gauche paraissent sains.

Coupes. — La tumeur primitive est occupée, dans sa portion inférieure, par un noyau du volume d'un œuf de poule, à contours effacés, plus dur que le tissu glandulaire, à surface gris-blanc ou gris-rougeâtre, finalement granuleuse qui tranche avec la coloration thyroïdienne normale. Autour du noyau principal et dans le tissu glandulaire, quelques nodules satellites du volume d'un pois ou d'une lentille offrent les mêmes particularités.

La tumeur sous-trachéo-bronchite présente une surface de coupe blanc-grisâtre, très finement granuleuse, de consistance moyenne et d'aspect glandulaire.

Rien à la coupe dans l'isthme et le lobe gauche.

La muqueuse œsophagienne, à 5 centimètres au-dessous du cartilage cricoïde, est rouge foncé, infiltrée, sur le point de s'ulcérer. La sténose trachéale est telle, qu'on passe difficilement les ciseaux boutonnés. Ouverte en avant, la trachée montre à sa face droite et postérieure une longue plaque d'infiltration qui s'étend de haut en bas à partir du

troisième centimètre au-dessous des cordes vocales inférieures ; elle mesure 6 centimètres en hauteur et 2,5 en largeur. A 3 centimètres au-dessous du cricoïde, la muqueuse est soulevée par un bourgeon néoplasique en forme de cône très étalé, dont le sommet atteint 1,5 centimètre d'élévation. L'extrémité inférieure de la plaque est superficiellement exulcérée. En regard, sur la paroi antérieure et gauche, la muqueuse trachéale anémiée par compression, fait contraste avec le reste de la muqueuse qui est congestionné et gonflé.

Les poumons sont boursouflés, surtout sur les bords. Léger œdème dans le lobe supérieur du poumon gauche ; aux environs du hile un noyau ardoisé, dur, du volume d'une noisette.

La rate présente une pulpe molle, facile à enlever par le râclage.

La muqueuse gastrique est rouge livide, couverte de mucosités gluantes. La muqueuse intestinale est plus pâle.

Le foie est atrophique et présente des brides fibreuses dans la capsule. Le parenchyme est résistant, le dessin des acini imprécis. Rien dans le vésicule ni dans les grands canaux biliaires.

Les reins sont d'un volume moyen, de consistance normale. La substance corticale, plus foncée que d'habitude, présente le dessin des glomérules bien marqué.

Examen histologique (résumé). — La tumeur est constituée par du tissu de soutien et du parenchyme en quantité presque équivalente.

Le premier de ces deux éléments, ayant l'aspect de tissu conjonctif ordinaire, forme des travées s'anastomosant entre elles de façon à figurer des mailles dans lesquelles sont logés les nids parenchymateux. Le calibre de ces travées est partout relativement faible.

Le parenchyme donne l'impression de boyaux épithéliaux logés exactement dans les intervalles de la charpente qui vient d'être décrite. Un fort grossissement permet de distinguer plusieurs variétés d'éléments cellulaires. Un

premier groupe peut être constitué par de grandes cellules, au protoplasma translucide, mal limité, et pourvues d'un grand noyau pâle, contenant lui-même plusieurs nucléoles et de fines granulations chromatiques disposées de préférence à sa périphérie. Un deuxième groupe fait contraste avec le précédent. Les cellules ont un aspect embryonnaire, des extrémités obtuses, un noyau quatre ou cinq fois plus long que large, très vivement coloré. Une substance nuageuse infiltre les espaces inter-cellulaires. Enfin, un troisième groupe, qui mérite mieux ce nom puisque les éléments qui le constituent sont toujours groupés en agglomérations plus ou moins importantes, est assez caractéristique. Les cellules ont leur protoplasma strié de filaments ondulueux, très fins, figurant des mailles assez régulières. Ces mailles enserrent un produit que nous avons reconnu être de la kératine ou de la parakératine. Quand il est très abondant, le noyau de la cellule n'existe plus, et les contours de l'élément s'estompent et ne deviennent plus perceptibles à l'œil. Il s'agit là d'un processus kératogène visible très nettement sur beaucoup de points de préparations.

OBSERVATION VI

(Herrenschmidt)

Rosalie S.. 41 ans, entrée le 24 Juillet 1902 dans le service laryngologique de M. le Professeur Navratil.

Rien dans les antécédents de la malade, sauf une opération subie l'année dernière : entrée à l'hôpital le 30 Novembre 1901, elle se plaignait à la partie inférieure du cou, d'une tumeur qui était apparue déjà 4 ans auparavant et avait lentement grossi. La tumeur, du volume du poing, indolore, de consistance moyenne, mobile avec le larynx et la trachée, fut diagnostiquée : « Struma parenchy ma-

tosa » et le 3 décembre, on procédait à l'extirpation partielle du goître. La malade quittait l'hôpital, guérie, au début de Janvier 1902.

Depuis quelque temps, la tumeur, qui s'est reproduite, gêne la respiration, la voix est enrouée.

Etat actuel. — Grosse tumeur bilatérale plus volumineuse à droite, répondant à la situation de la glande thyroïde ; légère dyspnée, enrouement. L'examen laryngoscopique laisse entrevoir au-dessous des cordes vocales inférieures une masse probablement néoplasique à surface granuleuse.

La dypsnée s'accentue le 26 Juillet : trachéotomie à partir du 4e anneau cartilagineux, en passant à travers l'isthme augmenté de volume. On pose le diagnostic de goître malin récidivant du côté droit avec infiltration de la trachée.

Suites opératoires. — Paralysie bilatérale des cordes vocales ; celle du côté gauche en position moyenne ; la droite, un peu plus haute, est encore faiblement mobilisable. Pas de fièvre.

Les masses néoplasiques, après la trachéotomie prolifèrent abondamment dans la trachée. Le 18 septembre, elles la remplissent au-dessus de la canule et s'infiltrent entre trachée et canule. La dypsnée va toujours en augmentant, la phonation n'est plus possible.

Le 19 septembre, mort par suffocation à la suite d'hémorrhagie.

Autopsie. — Cadavre de moyen développement très amaigri.

Plaie de trachéotomie basse sur la ligne médiane du cou ; à droite de l'orifice, une éminence du volume d'une noix, faisant partie de la tumeur, est mobile sous la peau dans sa portion éloignée de la plaie.

Après la mise à nu des organes du cou on constate une hypertrophie générale de la glande thyroïde. Au niveau de la bifurcation, un petit ganglion, à surface de coupe adénoïde, gris-blanc.

Le lobe thyroïdien gauche, de consistance moyenne,

mesure 6 centimètres de hauteur sur 3 centimètres de largeur, le pôle supérieur est surmonté par quelques petits noyaux en saillie.

L'isthme a l'épaisseur d'une noisette.

Le lobe droit volumineux, déformé, se termine en haut par une tubérosité du volume d'une petite noix, plus dure que la partie inférieure du lobe et que le lobe gauche. Il mesure 7 centimètres de hauteur ; la portion de circonférence qui s'étend à sa surface, depuis la plaie opératoire transversalement jusqu'à la face membraneuse de la trachée, mesure 12 centimètres.

La face externe de la tumeur présente un sillon vertical bien marqué, empreinte de la carotide primitive soulevée, qui la divise en deux segments inégaux, l'antérieur trois fois plus grand que le postérieur.

Les organes du cou étant extraits en bloc et les conduits ouverts par leur face postérieure, on trouve l'œsophage intact, la trachée platie en fourreau de sabre de droite à gauche. Du cricoïde jusqu'au 6e anneau trachéal, sa cavité est presque totalement oblitérée par une masse saillante, à base d'implantation large, rouge, de surface lisse, ayant 4 centimètres de longueur, sur 2 de largeur et 1 et demi d'épaisseur. Cette masse néoplasique a infiltré la paroi trachéale à droite et soulevé la muqueuse ; au niveau du bord de la plaie opératoire, elle s'est développée plus activement et son extrémité inférieure au contact de la canule est effilochée, verdâtre, recouverte de caillots. Pas de perforation spontanée de la trachée. En regard du polype intra-trachéal la muqueuse du côté gauche de la trachée est partiellement dépouillée de son épithélium et de couleur jaune-grisâtre. La muqueuse de la trachée et des bronches, la plaie, apparaissent rouge-brun, infiltrées de sang et recouvertes de caillots sanguins foncés et mous.

Les surfaces de coupe ont dans le lobe gauche et l'isthme une apparence finement granuleuse, brunâtre, et donnent l'impression d'un tissu thyroïdien adénomateux. Dans la partie inférieure du lobe gauche se trouve un

kyste colloïde, transparent, du volume d'une cerise, entouré d'une membrane fibreuse. A droite, une coupe dirigée obliquement d'arrière en avant et de dehors en dedans, laisse voir sur le plan antéro-externe un tissu brunâtre, granuleux comme le lobe gauche ; sur le plan postéro-interne au voisinage de la capsule, le tissu néoplasique est finement granuleux aussi, mais gris-blanc et par places d'apparence médullaire ; le tissu néoplasique se continue en avant sans limites précises avec le tissu glandulaire.

Tous les autres organes sont normaux. Pas de métastases. A remarquer seulement le gonflement des poumons, la présence de sang dans les ramifications bronchiques, et, à la surface des poumons, des taches rouge-foncé variant entre la grandeur d'une lentille et d'un lobule pulmonaire.

Examen histologique (résumé). — Le tissu de soutien est moins abondant que dans le cas précédent et la trame en est bien plus frêle. Le parenchyme contient une grande proportion de cellules embryonnaires, formant des traînées ondoyantes sans direction déterminée. On reconnaît aussi, comme dans le cas précédent, de grandes cellules claires, au protoplasma et au noyau presque transparents, dont beaucoup sont à une phase plus ou moins avancée de miose. Par contre, on ne trouve pas ici de kératine ou de parakératine.

OBSERVATION VII

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur Hoche, et prise par M. le Docteur Garnier, Chef de clinique).-

Il s'agit d'un vieillard de 75 ans, ancien cultivateur, entré le 6 octobre 1904 à la clinique de M. le Professeur Bernheim.

Antécédents héréditaires et personnels inconnus.

Il présentait les signes d'une déchéance physique profonde avec un teint jaunâtre, cachectique, les yeux chassieux, excavés, et la face très amaigrie, ainsi que la partie supérieure du corps. Par contre œdème considérable aux membres inférieurs et remontant sur le tronc jusque sur la base du thorax. Les extrémités sont fraîches. Quelques macules purpuriques disséminées sur les jambes et les cuisses. Il se plaignait surtout d'un certain degré d'oppression survenant par crises, et de faiblesse générale.

Apyrexie. — Pouls petit, régulier, parfois inégal. Urines rares et assez denses (1018 à 1021). Cœur légèrement hypertrophié, sans particularité autre qu'un éclat diastolique à la base. Cependant les bruits s'assourdirent quelques jours après l'entrée du malade à l'hôpital, en même temps que le pouls s'accélérait (105 à 120). La caféine ne procura qu'une amélioration passagère à ces symptômes, fonction d'un cœur sénile. Il s'agissait du reste d'un artério-scléreux, avec tendance à la néphrite interstitielle, ainsi qu'en témoignait une légère albuminurie d'ailleurs intermittente.

Contribuait à le rendre dyspnéique, un état notable de congestion des deux bases, surtout marqué à gauche et se manifestant par du souffle avec râles sous-crépitants. Dans les derniers jours, apparut un épanchement moyen à la base de la plèvre gauche.

Il existait aussi un goître parenchymateux assez marqué datant d'assez longtemps, mais qui, au dire du malade, s'était accru considérablement depuis peu. Quelques petits ganglions le long du sternomastoïdien et dans les creux axillaires et inguinaux.

Il y avait de l'anorexie et des digèstions pénibles, de temps à autre, des selles diarrhéiques alternant avec de la constipation. Le foie semblait normal. Légère douleur vers l'hypochondre gauche, spontanée et à la pression. La rate se délimite bien à la percussion, et parait augmentée, surtout en raison de l'âge du malade.

Il y avait de l'insomnie s'accompagnant de délire et, pour cette raison, le malade a dû être isolé.

Enfin survint de l'abattement et de la torpeur. En même temps, s'accrurent les signes de la cachexie et de la faiblesse cardiaque, l'oppression augmenta et la mort survint environ un mois après l'entrée à l'hôpital.

En dehors du goître signalé, on avait pensé à de la myocardite sénile avec sclérose rénale, s'accompagnant d'un certain degré d'infection à localisation surtout broncho-pulmonaire, et dont le léger état splénomégalique rapporté plus haut était la signature, malgré l'absence de fièvre explicable, en raison de l'âge avancé du malade.

Autopsie. — Le sujet est un vieillard de constitution générale bonne. Le cadavre est légèrement amaigri ; le teint un peu pâle n'est pas celui d'un cancéreux.

A l'ouverture du thorax, on note quelques adhérences pleurales au sternum, et à la paroi thoracique costale. A droite et à gauche, il y a environ un litre de liquide citrin. A droite, il y a, en outre, dans le simus costo-diaphragmatique, une masse fibrineuse de 10 centimètres de longueur environ. Dans la fosse iliaque gauche, il y a quelques adhérences avec brides fibreuses.

La trachée est déviée à droite par une hypertrophie de la glande thyroïde (?), et par une masse située à sa partie inférieure (Photographie ci-contre). Cette masse, du volume d'un œuf, est kystique ; son contenu est granuleux, le tissu est blanc jaunâtre. En avant du cartilage cricoïde est un nodule gros comme une petite noix, qui a subi la dégénérescence crétacée.

Le corps thyroïde contient trois nodules du volume de noix, qui se présentent avec l'aspect du tissu des goîtres parenchymateux avec, en outre, des plaques blanchâtres rappelant le tissu de la tumeur sous-thyroïdienne.

Les poumons sont congestionnés, emphysémateux, anthracosiques. Ils ne s'affaissent pas à l'ouverture du thorax et restent tendus sur la table d'autopsie. A la palpation, on sent à leur intérieur des nodules durs. Quelques-uns font légèrement saillie à la surface.

Une fois sectionnés, ces nodules apparaissent avec les

mêmes caractères que la tumeur sous-thyroïdienne : on y remarque une zône périphérique violacée, congestive, une couche externe blanchâtre, porcelanée, et au centre des zônes pseudo-kystiques ou de ramollissement.

Les ganglions trachéo-bronchiques sont gros comme des amandes et constituent une chaîne ininterrompue le long de la trachée.

L'aorte est dilatée à son origine et jusqu'au diaphragme. Sa face interne est très irrégulière, parsemée de plaques de dégénérescence et de zônes calcifiées.

Le cœur, de hauteur totale 13 centimètres, hauteur ventriculaire 9 centimètres, de largeur 10 centimètres, a une légère surcharge graisseuse. Le trou de Botal n'est pas fermé. Dans l'auricule droit, on trouve une masse blanchâtre compacte, qui se soude complètement aux parois, et qui rappelle le tissu de la tumeur juxta-thyroïdienne. Dans le ventricule gauche, vers la pointe, est un petit nodule du volume d'un pois, ressemblant à un caillot de fibrine organisée. Le péricarde est rempli d'un liquide jaune-citrin d'environ 1/2 litre.

La rate est tendue, rénitente. Son volume est augmenté. Sa surface est un peu blanchâtre, couverte d'adhérences avec, par places, de petits nodules ou placards superficiels. A la section, on trouve une tumeur du volume d'une orange qui occupe toute la partie moyenne de l'organe. Cette tumeur est entourée d'une zône violacée. Elle est constituée par un tissu blanchâtre compact, qui constitue une coque d'un centimètre d'épaisseur environ autour d'un centre qui paraît multiloculaire, avec un contenu colloïde, gélatineux, tremblotant, jaunâtre.

L'intestin grêle présente à sa surface interne de petits placards blancs lenticulaires, aplatis. Au microscope, on voit que ce sont des amas lymphoïdes étalés.

Le foie est volumineux. Il est congestionné, très violacé. Sa surface est soulevée par des nodules de grosseurs diverses. L'un de ceux-ci, situé à l'extrémité du lobe gauche a le volume d'un œuf de poule, il a un contenu fluide et

FIG. 1

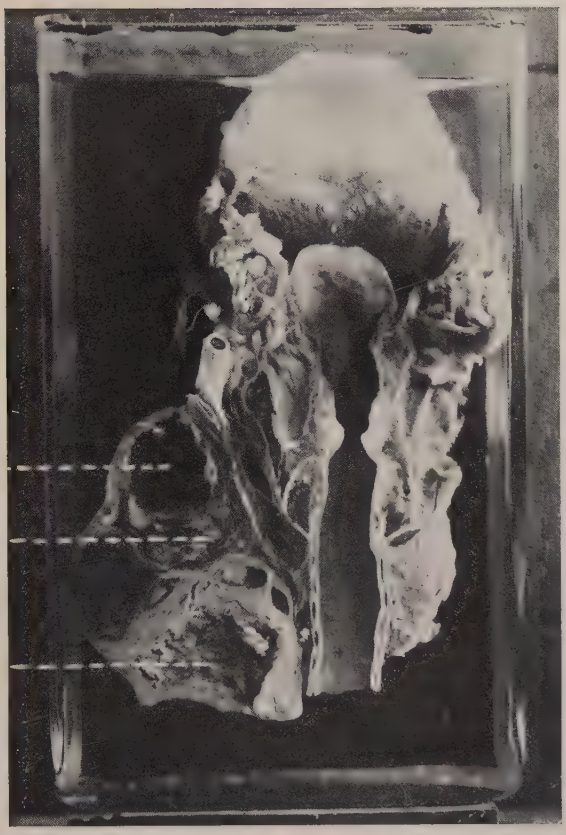

FIG. 2

Nodule métastatique dans un espace porte hépatique, montrant la structure épithéliale pavimenteuse, et des formations concentriques comparables aux corpuscules épithéliaux du thymus.

se crève à une légère pression. Un autre, fluctuant, du même volume, siège au voisinage du hile. A la coupe, ces tumeurs secondaires se présentent avec les caractères des métastases déjà décrites.

Il y a dans le mésentère une dizaine de ganglions un peu plus gros que de coutume (1 centimètre sur 1/2 centimètre environ). A l'examen microscopique, ils ne sont pas cancéreux.

Examen microscopique. — La tumeur principale a la structure d'un épithélioma pavimenteux, dont les masses épithéliales contiennent des globes épidermiques imparfaitement kératinisés. Les fragments examinés n'ont pas montré de relation directe avec le tissu glandulaire thyroïdien.

Les tumeurs secondaires du poumon, de la rate, du foie, présentent une structure identique. Ce sont des nodules d'épithélioma pavimenteux lobulé dont certaines cellules se déforment pour prendre par leur groupement l'apparence des globes concentriques du thymus (voir fig. 2).

Fait à noter, c'est que tous les noyaux métastatiques ont, comme la tumeur principale, tendance à se mortifier rapidement dans leurs parties centrales.

Les reins présentent à leur surface quelques petits kystes séreux jaune clair. Le parenchyme est dur ; la décortication est difficile et ne se fait qu'en entraînant des parcelles de substance corticale.

A la surface du rein gauche existent deux petits nodules aplatis, blanchâtres.

Les autres organes : cerveau, moelle, os, ont été examinés sans offrir de particularité à signaler.

OBSERVATION VIII

(Inédite. Due à l'obligeance de M. le Professeur Jacques).

Madame B..., 45 ans, souffrait, à son dire, depuis près de six mois d'une amygdalite douloureuse à gauche, avec

suppuration chronique, contre laquelle ont échoué toutes les médications anodines ou énergiques tentées pour la soulager. En désespoir de cause, son médecin me l'adresse pour suppression de l'amygdale malade, ainsi que d'une adénite cervicale homonyme apparue depuis peu.

Madame B... est une femme d'aspect robuste, mais impressionnable à l'excès et convaincue de son incurabilité. Elle accuse des troubles paresthésiques variés de la gorge, de la dysphagie fixe, à paroxysmes. Enfin, depuis quelque temps, elle dormirait à peine une ou deux heures par nuit, sans que cette insomnie fût toujours attribuable à des douleurs cervicales ou céphalalgiques. En fait, je suis frappé de son aspect fatigué et d'une certaine pâleur de la face. Léger amaigrissement.

A l'inspection du pharynx, je trouve les amygdales palatines scléreuses, cryptiques, adhérentes ; altérations anciennes, peut-être plus accentuées à gauche, sans trace d'ailleurs d'ulcération ni de suppuration. Le voile est intact. En revanche, le côté gauche du cou est nettement déprimé par une voussure soulevant le sterno-mastoïdien à la hauteur du larynx. Il s'agit, comme on le constate à la palpation, non pas d'une hypertrophie ganglionnaire, mais d'une tuméfaction du lobe gauche de la thyroïde, qui apparaît distendu par une tumeur ovoïde, à grand axe vertical, du volume d'un œuf de poule, régulière, dure, lisse, rénitente plutôt que fluctuante, un peu sensible à la pression. L'adhérence au larynx du lobe tuméfié est étroite, plus étroite peut-être que normalement, et cette adhérence aux plans profonds paraît s'étendre jusqu'à l'œsophage. En revanche, les plans superficiels ont conservé toute leur indépendance.

Cette tumeur cervicale daterait de deux mois et son début, brusque, si l'on en croit la malade ou du moins très rapide, se serait accompagné de phénomènes réactionnels très douloureux. Après une accalmie de plusieurs semaines, la tumeur aurait subi un nouvel accroissement, en même temps que s'accentuaient les douleurs irradiées

à la moitié correspondante de la tête et spécialement à l'oreille, avec bruits subjectifs à caractère vasculaire. Une dysphagie pénible entravant l'alimentation se serait manifestée simultanément. La patiente éprouverait de temps à autre de petits mouvements de fièvre.

Objectivement, rien à noter à l'otoscopie ; pas de ganglions perceptibles au palper au niveau de la chaîne carotidienne, des creux sous-maxillaires et parotidiens, non plus qu'à la région mastoïdienne. A la laryngoscopie aucune altération de l'hypopharynx, ni du larynx ; pas d'aplatissement notable ni de vascularisation insolite de la sous-glotte et de la trachée.

L'ensemble de ces signes physiques et fonctionnels évoquait l'hypothèse d'un hématome suppuré, développé dans un kyste thyroïdien ancien passé inaperçu. C'est avec ce diagnostic que j'intervins le 1er mars 1919.

Le lobe thyroïdien gauche découvert par une incision arquée à concavité supérieure droite, est trouvé très vascularisé superficiellement. La capsule incisée, on tombe sur un tissu lardacé, blanc-jaunâtre, engaînant un kyste du volume d'un petit œuf de poule, de forme régulière, à parois épaisses et assez dures, mais sans concrétion calcaire, du reste assez facilement décollable. Toutefois, il demeure, après son ablation, dans le lobe opéré, une cavité dont les parois, semi-rigides, présentent un aspect fibroïde et une teinte blanchâtre bien différent de l'apparence normale du tissu glandulaire. Cette coque, d'aspect inflammatoire, est respectée, en raison de son étroite continuité avec le reste du parenchyme et un petit drainage à l'angle inférieur de la plaie est établi en vue d'une infection possible de l'espace mort persistant.

Le kyste incisé renferme un contenu mi-hépatique, mi-purulent. Son revêtement interne est tomenteux plutôt que végétant.

L'opération a été complétée par l'excision de l'amygdale gauche, effectuée plutôt pour calmer les appréhensions de la malade qu'en raison des altérations constatées.

Au premier pansement, effectué comme à l'ordinaire le 4e jour, sans qu'aucune réaction thermique ait marqué les suites immédiates, je suis surpris de constater l'abondance relative du suintement séro-hématique qui imprègne les compresses. Au pansement suivant, les sécrétions identiques ont augmenté d'abondance, et un bourgeon rouge sombre, très mou et saignant, apparaît à l'orifice de draînage et doit être excisé dès le 8e jour. Les douleurs ont d'ailleurs entièrement cédé. L'insomnie seule persiste. Quinze jours après l'intervention, la malade quitte la clinique perdant toujours beaucoup de sérosité rougeâtre par le pertuis de draînage, maintenu perméable par une spirale de fil d'argent.

Peu de semaines après, j'apprends que la plaie, loin de se fermer, donne toujours issue à un abondant écoulement rougeâtre, qu'un gros bourgeon se reproduit à l'orifice et qu'une nouvelle tuméfaction cervicale commence à se manifester.

De nouveau convoquée, Madame B... se représente à moi fin avril, très affectée par la reproduction de ses douleurs dont le maximum siège dans la région occipitale et profondément, à la hauteur et dans la direction de la gouttière rétro-mandibulaire. La dysphagie a également reparu et l'examen révèle malheureusement une nouvelle tuméfaction cervicale plus volumineuse encore que la première. Cette fois les plans superficiels sont intéressés : la peau adhère en plusieurs points et montre même les signes d'envahissement dans le creux sus-claviculaire et sur le bord antérieur du sterno-mastoïdien, vers son milieu. L'adhérence aux plans profonds est également manifeste, la mobilité du larynx diminuée et la corde vocale gauche entravée dans ses fonctions. Du reste, aucun bourgeonnement suspect à l'intérieur. L'orifice de drainage persiste, bordé d'une grosse collerette rouge violacé du plus mauvais aspect. Un stylet introduit montre que la cavité n'existe plus et se heurte à des amas mollasses et saignants.

L'hypothèse de tumeur maligne qui m'était entrée dans l'esprit, lors des premiers pansements, se confirme de la façon la plus évidente, et, sans attendre les résultats de l'épreuve biopsique, je pratique, le 29 avril, l'extirpation totale extra-capsulaire de la motié gauche de la glande thyroïde et d'une partie de la peau intéressée. Les gros vaisseaux du cou ont échappé à l'envahissement, mais leur dissection est pénible, surtout vers la base du cou. On ne rencontre pas de ganglions dégénérés.

A la coupe, la tumeur laisse reconnaître une coque grisâtre, épaisse, d'où naissent des végétations remplissant la cavité, avec un volumineux foyer de nécrose.

La structure de fragments prélevés sur la tumeur est celle d'un épithélioma pavimenteux lobulé. En certains points, de grosses cellules rondes entourées d'autres cellules aplaties, représentent l'ébauche de globes épidémiques.

Après cette intervention, les souffrances, auparavant si pénibles, cèdent de nouveau et l'état général se relève. Le teint, préalablement subictérique, s'éclairait, et un certain embonpoint tenait. Mais, en dépit de ces constatations satisfaisantes pour la malade, on voit bientôt la peau recouvrant la tumeur, rougir par places, dans ses parties conservées, et adhérer de nouveau au plan sous-jacent induré. Puis, elle se soulève en dehors de la cicatrice et dans la région sous-claviculaire, en noyaux violacés, ligneux, d'aspect anthracoïde. Puis, reparaissent les douleurs céphalalgiques, à maximum rétro-auriculaire et pariétal, en même temps que se montre, dans la gouttière rétro-maxillaire un empâtement dur, sensible à la pression, qui empiète sur le sillon rétro-auriculaire. La moitié gauche du larynx, paralysé depuis la deuxième intervention qui a intéressé le récurrent, commence à s'œdématier et la déglutition s'embarrasse.

La malade quitte la clinique le 26 mai, munie d'une formule pour injections hypodermiques d'héroïne.

Des nouvelles ultérieures m'ont appris que l'envahissement des téguments avait continué de proche en proche, gagnant par foyers, isolés d'abord et bientôt confluents, la région pectorale gauche et le creux de l'aisselle sans adénite marquée.

La malade succomba au mois de juillet à la cachexie croissante, intoxiquée par la vaste surface ulcérée et débilitée par une recrudescence terminale des phénomènes douloureux.

L'autopsie n'a pu être pratiquée.

CHAPITRE II

Anatomie pathologique

Cette étude a été faite en partie avec les procès-verbaux d'autopsie et les examens microscopiques qui font suite aux observations cliniques que nous avons citées, en partie à l'aide des documents que nous avons pu trouver dans la littérature médicale. Nous tenons toutefois à faire remarquer que les comptes rendus des examens histologiques des observations I et II dont les cas ont été étiquetés « Epithélioma pavimenteux » par leurs auteurs, ne sont pas très particulièrement caractéristiques de cette forme de cancer. Le fait de découvrir dans une préparation un ou deux globes épidermiques n'est pas, nous semble-t-il, une preuve suffisante pour dénommer ainsi une tumeur. Certains états inflammatoires chroniques sont susceptibles de créer de ces corpuscules kératinisés. Si nous faisons ces réserves à propos des deux cas précités c'est que, par leur allure clinique, ils diffèrent aussi de celle relatée aux autres Observations.

. .*Examen macroscopique.* — La forme de la tumeur à son début, peut être considérée comme assez régulièrement sphérique. Au fur et à mesure qu'elle augmente de volume, elle prend de plus en plus une forme ovoïde dont le plus grand axe a presque toujours une direction verticale. Sur cette tumeur principale, il peut arriver que s'implantent un certain nombre, très variable d'ailleurs, de tumeurs accessoires ; elles sont dans ces cas, rattachées au néoplasme central par un pédicule assez grêle (Observations I, II).

La tumeur, quand elle est unique, ou chaque tumeur, quand elles sont plusieurs, est entourée d'une coque, capsule fibreuse, d'ordinaire fortement vascularisée. Au palper, cette enveloppe est rénitente et parfois même donne entre ses parois une sensation de fluctuation. Mais ce que l'on n'observe jamais, c'est la dureté ligneuse caractéristique de la plupart des cancers thyroïdiens proprement dits.

Sectionné sur un de ses diamètres, le néoplasme se montre formé par un tissu blanchâtre, lardacé par endroits, donnant au râclage un liquide trouble. Ce tissu ne remplit pas toute la cavité, souvent à la partie centrale du néoplasme il est nécrosé et entre les espaces qu'il délimite se trouve un liquide d'ordinaire séro-hématique assez abondant, mais non sous pression.

Le corps thyroïde lui-même semble à l'inspection peu altéré. Parfois on note une hypertrophie simple. Souvent cependant les parties en contact direct avec la capsule de la tumeur sont rouges très vascularisées, congestionnées.

La description que nous venons de donner est

évidemment celle de la tumeur, alors qu'elle est encore à un stade de végétation intra-capsulaire, autrement dit, alors qu'elle est encore plus ou moins incluse dans le corps thyroïde. A un stade plus avancé, elle tend à s'extérioriser en dehors de la glande par le fait de l'augmentation croissante de son volume, et de ce fait, elle peut entrer en rapport avec tous les organes circonvoisins.

Les plans superficiels (muscles, tissu cellulaire sous-cutané, peau) marquent simplement une proéminence, mais ne présentent aucun autre signe, soit de réaction, soit d'envahissement.

Les ganglions — et ceci est un fait important — semblent être très rarement augmentés de volume. Dans les huit observations qui précèdent et qui constituent la totalité de celles qui furent publiées en langue française, nous ne trouvons aucune adénopathie comparable à celles que l'on observe dans les cas de cancer thyroïdien proprement dit. Par contre, très souvent la chaîne récurrente se trouve directement accolée à la face postérieure de la tumeur.

Le conduit laryngo-trachéal, de par sa position, peut subir des variations de forme, de calibre et même de constitution. Il peut être simplement déformé, dévié, comme dans l'Observation VII, par la masse néoplasique qui le repousse au fur et à mesure qu'elle augmente de volume, le chassant pour ainsi dire devant elle et de ce fait lui donnant une certaine incurvation. Ceci suppose évidemment que le conduit laryngo-trachéal ne se trouve pas buté contre un plan résistant. Mais, si cette condition se réalise, la tumeur, par com-

pression, diminue le calibre de la trachée en l'aplatissant, les éléments cancéreux progressent autour d'elle, la contournent, et constituent bientôt un anneau, une véritable gangue qui augmente encore l'impotence fonctionnelle de cet organe. Ce processus est nettement réalisé dans le cas rapporté à l'Observation V.

La trachée et le larynx sont aussi susceptibles d'être envahis et perforés. C'est là une des complications les plus graves et les plus fréquentes qui, d'ordinaire, amène une mort rapide. Toutefois, il est intéressant de noter que la paroi trachéale et laryngée oppose une grande résistance aux bourgeons néoplasiques qui végètent contre elle, et cela, de par sa constitution même. Le tissu cartilagineux qui la compose en grande partie se laisse difficilement envahir, et le début de la perforation, quand elle a lieu, est presque toujours situé entre deux anneaux cartilagineux, qui est le point le moins résistant. Une fois perforée, la trachée a rapidement son calibre envahi de bourgeons cancéreux qui l'obstruent en partie.

Il n'en est pas de même de l'œsophage. Sa compression est extrêmement fréquente, la dysphagie qu'accusent les malades en est la preuve. Par contre, sa perforation, déjà très exceptionnelle dans le cancer thyroïdien vrai (Carrel), semble être encore bien plus rare dans les cas qui nous occupent.

Le paquet vasculo-nerveux du cou semble être souvent comprimé et jamais envahi. Il peut parfois être englobé par les masses néoplasiques de telle sorte que sa dissection, lors de l'intervention, soit rendue extrêmement ardue (Observation VIII). L'envahissement

n'a jamais été signalé. Le pneumogastrique peut subir une certaine compression, et ce fait peut être, en plus de l'obstruction de la trachée, une explication aux crises de dyspnée intense que certains malades éprouvent.

Les nerfs du larynx et le récurrent sont ordinairement comprimés, d'où paralysie des cordes vocales et troubles de la phonation. Ces signes sont dans certains cas assez précoces (Observations III, IV, V, VI).

Les métastases viscérales, si fréquentes dans les cas de cancer thyroïdien proprement dit, sont dans le cas d'épithélioma pavimenteux, très rares. Dans les Observations précédentes, nous n'en avons qu'un cas (Observation VII). Elles existaient alors dans presque tous les organes. Nous notons toutefois que celles localisées au système lymphatique étaient en général peu volumineuses.

Examen microscopique. — La capsule est formée de fibres conjonctives assez serrées. Sa vascularisation est importante. Souvent, et particulièrement quand la tumeur évolue depuis un certain temps, on peut voir des groupes de cellules néoplasiques s'insinuer entre les faisceaux conjonctifs et passer ainsi au travers de la capsule pour déboucher en plein tissu glandulaire sain, formant des bourgeons qui fixent la tumeur. Ce fait semble expliquer, d'une part, les phénomènes d'hypervascularisation réactionnelle dont sont l'objet et la capsule et le tissu glandulaire circonvoisin, et, d'autre part, la difficulté qu'il est possible de rencontrer quand on veut énucléer le néoplasme en

suivant le plan de clivage de la capsule (Obs. I et VIII).

La tumeur elle-même est constituée d'un stroma conjonctif et de parenchyme.

Stroma. — De la face interne de la capsule, se détachent des travées fibreuses qui cloisonnent plus ou moins étroitement les amas épithéliaux. Elles délimitent, quand elles sont approximativement parallèles, de véritables boyaux de tissu épithélial. On dit dans ce cas, qu'il s'agit *d'épithélioma tubulé.* C'est le cas le plus fréquent. Parfois, elles dessinent des lobules de formes variables qui enserrent les éléments parenchymateux. On dit alors qu'il s'agit d'un *épithélioma lobulé.*

Parenchyme. — Celui-ci est constitué en majeure partie par de grosses cellules aplaties prenant bien les colorants. Le noyau est volumineux, franchement coloré et pourvu d'un ou plusieurs nucléoles. Souvent aussi il contient des granulations chromatiques. Le protoplasma est toujours clair et quelquefois peu abondant.

Les espaces intercellulaires sont peu perceptibles.

Les cellules se groupent, à l'intérieur du plexus fibreux décrit plus haut, de façons différentes. D'ordinaire, elles se disposent en traînées, véritables boyaux limités par les fibres conjonctives. Elles semblent tendre alors à s'allonger le plus possible, en orientant leur grand axe parallèlement à celui du boyau. Le noyau lui-même se déforme en ce sens.

Il arrive souvent — et ceci est caractéristique — que ces cellules se groupent en assez petit nombre et

forment des *nodosités*. Les limites de ces amas sont toujours peu nettes ; il n'y a jamais de membrane d'enveloppe, les cellules qui les constituent se continuent insensiblement avec leurs voisines qui forment le boyau épithélial dont nous venons de parler. Ce fait est une preuve de l'identité des éléments en question.

Souvent aussi ces amas nodulaires se transforment. Il peut arriver un moment où il soit impossible de distinguer les limites des cellules, où le noyau lui-même ne prend plus que très mal les colorants, où la présence de kératine peut être mise en évidence. On a alors affaire à un *globe épidermique*.

Les éléments propres du tissu glandulaire thyroïdien envahi sont simplement dissociés par les cellules pavimenteuses. En s'insinuant entre les vésicules thyroïdiennes, les bourgeons néoplasiques les étouffent, mais on ne peut voir aucune dégénérescence cancéreuse d'un élément thyroïdien proprement dit. Le processus néoplasique n'intéresse pas la cellule glandulaire au sens rigoureux du mot. Elle souffre et se nécrose du fait de la présence d'éléments qui la compriment et l'intoxiquent.

CHAPITRE III

Pathogénie et Etiologie

Pathogénie.— Pour Wœlfler et Brünet, ces éléments pavimenteux proviendraient de résidus branchiaux. Au moment des fermetures des fentes branchiales, une inclusion d'une partie d'un feuillet ectodermique aurait eu lieu et se serait, à la suite de diverses transformations embryonnaires, trouvée comprise dans la glande thyroïde, y serait restée à l'état latent, puis soudain pour une raison inconnue, aurait proliféré en une tumeur maligne.

Pour Brindel et Liaras, les éléments thyroïdiens seraient susceptibles de se transformer en cellules pavimenteuses.

Herrenschmidt explique la présence de ces cellules pavimenteuses dans la glande thyroïde d'une façon différente. Krompecher a montré, en 1900, qu'il existait des tumeurs nées dans différents organes (peau, certaines muqueuses, glande mammaire, parotide, testicule) qui n'offraient pas les caractères habituels des tumeurs épidermiques, mais étaient dans les 2/3 des

cas rattachées à la couche basale. Ces tumeurs prenaient naissance dans la couche génératrice du corps muqueux de Malpighi et de certaines glandes. Elles conservaient, en proliférant, les particularités de la cellule basale, c'est-à-dire d'une cellule embryonnaire, encore indifférenciée. Il les a dénommées « tumeurs baso-cellulaires ». Herrenschmidt, adaptant cette théorie au corps thyroïde, admet que celui-ci peut théoriquement produire des tumeurs baso-cellulaires qui ne représentent pas un mode de prolifération particulier à l'épiderme et à ses dépendancces. Il explique alors les formations épidermiques que l'on trouve dans l'épithélioma pavimenteux de cette glande, par la capacité qu'aurait conservée la cellule basale de se différencier en une forme épidermique. Autrement dit, cette cellule garderait en elle un certain potentiel, qu'elle avait normalement chez l'embryon, potentiel qui, à un moment donné, se traduirait par un travail cellulaire identique à celui effectué lors de la formation de la peau et de ses annexes.

Histologiquement, nous croyons que cette théorie a contre elle un argument sérieux. En effet, les tumeurs baso-cellulaires décrites par Krompecher, sont constituées en partie par des cellules embryonnaires, indifférenciées. Or, dans la grande majorité des examens histologiques que nous rapportons à la suite de nos observations, il n'est question le plus souvent que de cellules pavimenteuses parfaitement différenciées. Seules, les Observations V et VI (ce sont d'ailleurs celles dont se servit Herrenschmidt pour étayer sa théorie) relatent, dans les préparations la présence de

cellules embryonnaires en assez grande abondance. D'autre part, les formes de passage n'ont été vues que par lui. Il serait nécessaire pour l'extension de cette théorie pathogénique à tous les épithéliomas pavimenteux du corps thyroïde que les mêmes faits fussent contrôlés sur d'autres préparations..

Il est légitime également, pour expliquer la présence d'éléments pavimenteux dans l'intérieur de la glande thyroïde, d'invoquer soit l'inclusion, soit la prolifération extra-capsulaire d'abord et intra-capsulaire ensuite, de résidus thymiques. On sait que le thymus contient des corpuscules dits corpuscules de Hassall, formés par des cellules kératinisées, imbriquées les unes sur les autres, et qui ont un aspect semblable aux nodules épidermiques décrits plus haut. Lors de la régression du thymus, il est légitime de concevoir que certains résidus de cet organe, dont les éléments ne seraient pas encore parvenus à leur stade terminal de différenciation, puissent se fixer à la capsule thyroïdienne, proliférer et l'envahir par la suite. Ces éléments, suivant la loi bien connue, évolueraient comme ils auraient dû évoluer auparavant, c'est-à-dire avec leur faculté épidermoïde. Dans son livre sur « *Les lésions du rein et des capsules surrénales* » (page 317, fig. 84), M. le Professeur Hoche cite et montre un cas typique d'inclusion surrénale à l'intérieur de la capsule du rein. L'inclusion de résidus thymiques est, de même, chose possible. D'autre part, à l'appui de l'évolution tardive de ces résidus thymiques Vermorel et Thiroloix ont rapporté un cas d'épithélioma pavimenteux du thymus (*Bulletin de la Soc.*

Anat, de Paris, 1894, page 702). D'ailleurs, au point de vue embryologique, une inclusion thymique dans le corps thyroïde peut se concevoir. On sait qu'il existe, chez l'embryon, deux ébauches de la glande thyroïde : l'une médiane et impaire, située au niveau des deux premières poches branchiales, et une autre, paire celle-là, située sur la face inférieure de chacune des quatrièmes poches branchiales. Ces deux ébauches, en proliférant, vont à la rencontre l'une de l'autre et se fusionnent par la suite. Dans cette prolifération, il est possible, qu'arrivées au niveau de la troisième poche où se trouve l'ébauche du thymus, ces éléments thyroïdiens entrent en contact avec les éléments thymiques et que plusieurs de ceux-ci se fusionnent à la prolifération thyroïdienne. On concevrait ainsi la présence d'éléments thymiques à l'intérieur de la glande thyroïde.

La théorie de Wœlfler qui admet la prolifération cancéreuse d'éléments ectodermiques inclus au moment de la fermeture des fentes branchiales, et qui, par conséquent, octroie à l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde, la même origine que celle des branchiomes de la région du cou, a pour elle que, anatomiquement ces deux tumeurs se ressemblent : même structure des boyaux épithéliaux, mêmes formes cellulaires, même constitution des globes épidermiques, et que, cliniquement, ces deux néoplasmes ont une analogie d'évolution que nous essaierons, dans les pages suivantes, de mettre en relief. De plus, il est à remarquer que les épithéliomas pavimenteux de la thyroïde

semblent toujours débuter sur les parties les plus extrêmes et les plus latérales d'un des lobes thyroïdiens, par conséquent très près des lieux d'élection des branchiomes du cou.

Etiologie. — Se basant sur la quantité relativement minime des Observations publiées, on serait tout naturellement porté à croire que l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde est absolument exceptionnel. Nous ne pouvons nier que ce genre de tumeur soit rare, mais néanmoins, nous ne croyons pas qu'il faille les considérer comme des curiosités pathologiques. Au Laboratoire d'anatomie pathologique de la Faculté de Nancy, M. le Professeur agrégé Fairise eut une fois l'occasion d'examiner une tumeur qui, avant son extirpation, avait été diagnostiquée « goître » et de constater qu'elle présentait les caractères histologiques de l'épithélioma pavimenteux. Il est donc probable que si l'on soumettait à l'examen microscopique toutes les tumeurs du corps thyroïde, on arriverait à trouver cette forme de cancer beaucoup plus fréquente.

Brünet avait déjà remarqué l'influence de l'âge et avait noté que seuls, les gens âgés, semblaient être atteints. Nous croyons cette considération un peu trop catégorique puisque nous avons, dans nos Observations, un cas ayant évolué sur une jeune fille de 15 ans (Observation II). Cependant, il est juste de dire que c'est surtout au-delà de 40 ans qu'apparaît l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde (Observations I, III, IV, V, VI, VII et VIII).

Autrement importante, semble être l'influence du sexe. Nos observations portent sur 5 femmes et

3 hommes seulement. D'autre part, le cas rapporté par MM. Bérard et Alamartine a évolué également sur une femme, ainsi que celui cité par M. Ménétrier. Il paraît donc probable que les femmes soient atteintes en proportion plus grande que les hommes. Ceci peut s'expliquer par l'influence notoire qu'exercent les fonctions ovariennes sur les fonctions thyroïdiennes. Il nous souvient, à ce propos, du cas d'une jeune fille que nous avons eu à examiner et qui présentait en plus de quelques signes d'insuffisance ovarienne, une hypertrophie notable périodique du corps thyroïde un peu avant et au moment de l'apparition de chacune de ses règles. Sitôt celles-ci terminées, le cou reprenait un aspect normal. On peut concevoir dès lors que le moindre incident dans la sphère génitale peut avoir une répercussion sur le fonctionnement de la glande thyroïde et peut même favoriser l'éclosion d'un cancer. Cette hypothèse semble vraisemblable ici, où, dans les observations qui précèdent, l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde semble se manifester avec un maximum de fréquence, à la fin de la vie sexuelle de la femme ou tout au moins à son déclin. D'autre part, l'Observation II ne permet-elle pas d'expliquer l'apparition du cancer, à un âge si jeune, par une influence génitale, puisque son évolution a commencé à l'époque de la puberté ? Nous croyons donc pouvoir retenir une influence à peu près certaine des modifications qui peuvent survenir dans la sphère génitale de la femme, sur l'éclosion du cancer que nous étudions, et en particulier l'influence de la ménopause et de la puberté.

Les altérations antérieures de la glande qui semblent jouer un si grand rôle dans l'étiologie du cancer thyroïdien vrai, lequel, d'après Carrel, évoluerait 3 fois sur 4 dans un vieux goître, semblent avoir ici beaucoup moins d'intérêt. Lücke prétend même que jamais l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde ne se greffe sur une glande adénomateuse. Nous rapportons cependant 2 cas (Observations III et VII) dans lesquels la préexistence d'un goître ne semble rien moins que certaine. Néanmoins, nous devons ajouter que dans la majorité des cas, le cancer pavimenteux survient dans une glande en apparence normale.

Quant à l'hérédité, les antécédents personnels, les professions, les habitudes, nous ne croyons pas qu'elles puissent entrer en ligne de compte.

Ce qui semble intéressant à dégager, ce sont les deux formes étiologiques que l'on peut observer. Parfois le cancer apparaît soudain avec tous les caractères d'une tumeur maligne, à évolution rapide (Observation V, VIII), mais souvent aussi il débute sous une allure bénigne. Ce n'est alors que sous l'influence d'une cause qui nous échappe (les malades, eux, accusent le froid, un coup, etc.) que subitement il prend une forme maligne, que la tumeur petite d'abord et indolore, augmente rapidement de volume, devient douloureuse et s'accompagne de tous les signes que nous verrons au Chapitre suivant. C'est là semble-t-il un début assez fréquent (Observations II, III, IV).

Nous remarquerons en terminant ce Chapitre,

l'analogie qui existe avec les branchiomes du cou. Ceux-ci également ont les deux mêmes formes de début, surviennent approximativement à la même époque de la vie avec un maximum de fréquence entre 40 et 55 ans et, quand ils se produisent chez les femmes, semblent être nettement influencés par la ménopause.

CHAPITRE IV

Symptomatologie

Nous nous proposons, dans ce Chapitre, de faire tout d'abord une analyse des symptômes à la période de début et à la période d'état, puis dans une deuxième partie, de faire une étude rapide de l'évolution et des formes cliniques que l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde peut présenter.

SYMPTOMES AU DEBUT. — Ils sont variables suivant que la tumeur, comme nous l'avons dit plus haut, débute d'emblée avec une forme maligne ou, au contraire, sous une allure peu inquiétante. Dans le premier cas, elle parvient très rapidement à la période d'état au milieu de symptômes locaux et généraux que nous verrons plus loin. Dans le second cas, les symptômes de début sont assez flous. Le plus souvent, le malade a remarqué une petite tumeur arrondie, pas très dure, roulant sous les doigts et qui occupe un point quelconque de la région thyroïdienne. Ce nodule augmente très peu de volume, regresse même parfois

en ses dimensions à certains moments, est absolument indolore, ne provoque aucun trouble d'ordre général, et c'est tout au plus, si de temps en temps, quand il se trouve situé au voisinage du sterno-mastoïdien, il gêne un peu la flexion de la tête sur une des épaules. L'examen laryngoscopique ne révèle rien d'anormal et la palpation minutieuse de la région carotidienne, sous-maxillaire, sus-claviculaire et axillaire ne permet pas de déceler la présence d'un ganglion. Il en est ainsi pendant un temps plus ou moins long qui peut varier de quelques mois à un an et même un an et demi. Subitement cette petite tumeur augmente rapidement de volume, devient de moins en moins mobile sous le doigt, est légèrement douloureuse à la pression. La malade se plaint de quelques céphalées, d'une réelle difficulté à fléchir la tête dans un certain sens, de douleurs cervicales et thoraciques, d'insomnie peut-être et d'un état de nervosité inaccoutumée. Bientôt elle éprouve une légère dyspnée qui va en s'accentuant, de la difficulté à déglutir. Effrayée à juste titre de ces symptômes et aussi de l'augmentation rapide de sa tumeur, elle se décide à voir un médecin.

PERIODE D'ETAT. — I. Signes physiques. — La région thyroïdienne est occupée par une tuméfaction d'un volume variable qui peut osciller entre celui d'un œuf de poule (cas le plus fréquent) jusqu'à celui d'une tête de fœtus. Son aspect est asymétrique. Elle occupe toujours un lobe. On ne cite aucun cas où elle siégerait dans l'isthme. Sa forme est variable, quoique presque toutes les observations relatent une forme plus ou

moins ovoïde. Elle peut plonger derrière le sternum (Observation III).

La consistance de cette tumeur n'est pas d'une dureté ligneuse. Elle ne traduit pas non plus à la palpation l'impresion nette de fluctuation. Elle est rénitente. Parfois, cependant, elle peut être plus molle, se laisser un peu déprimer. Ce fait suffit à expliquer certaines erreurs de diagnostic dont elle fut l'objet.

Les téguments qui la recouvrent, quoique souvent distendus, présentent leur coloration habituelle.

La palpation — et ceci est un fait important — si attentive soit-elle, ne permet pas de sentir un ganglion. Il semble d'ailleurs que l'épithélioma du corps thyroïde, comme les branchiomes cervicaux d'ailleurs, ne produit à peu près jamais de métastases lymphatiques *perceptibles*. Seul, le cas que nous relatons à l'Observation VII, permit de reconnaître de petites masses ganglionnaires le long du sternomastoïdien. Ceci ne signifie pas, comme Lücke l'a prétendu, qu'il n'y a jamais de ganglions hypertrophiés. De véritables paquets ganglionnaires peuvent exister, jouer même sur des organes importants un rôle de compression (Observation III, compression du récurrent), être même en voie de suppuration. Mais ce qui est à remarquer, c'est qu'il s'agit presque toujours là de ganglions inaccessibles aux moyens d'investigation clinique ordinaires, de ganglions profondément situés ; les ganglions superficiels, eux, sont très rarement intéressés.

La palpation permet également dans certains cas où l'évolution du processus néoplasique est particu-

lièrement rapide (Observations III et VIII), de reconnaître un empâtement des tissus environnant la tumeur. Ceux-ci, sous la peau, semblent œdématiés, congestionnés, et l'impression peut être telle, surtout si le malade a de la fièvre, ce qui est possible comme nous le verrons plus loin, que le diagnostic incline immédiatement du côté d'une affection inflammatoire. Parfois ce diagnostic semble se confirmer par l'apparition de douleurs très vives, à localisations fixes, qui semblent tout d'abord témoigner de la violente réaction de l'organisme à une infection.

II. Signes fonctionnels. — *La douleur* existe dans la majorité des cas, mais ne semble pas être constante. Son acuité est très variable. Cependant, quand elle existe, elle prend, semble-t-il, des caractères bien particuliers. Si la tumeur est elle-même douloureuse, *ce sont surtout ses irradiations cervicales, faciales ou crâniennes qui semblent le plus intolérables.* De même que Victor Veau décrit lors de l'évolution des branchiomes du cou des névralgies faciales extrêmement douloureuses, de même ici, il peut arriver que l'on ait à enregistrer une céphalée fixe, tenace, avec des alternatives de rémission et de périodes aiguës, nettement localisées, supprimant à la malade tout repos et contribuant ainsi pour beaucoup à lui donner l'aspect d'une certaine déchéance physique (Observation VIII). La localisation très précise des douleurs d'une part, les quelques troubles vaso-moteurs que l'on peut parfois constater sur la peau ou dans le domaine des organes des sens (bruits subjectifs) d'autre part, font penser à des phénomènes d'origine sympathique. Il est vrai-

semblable d'ailleurs d'admettre que celui-ci soit l'objet d'une certaine compression, soit de la part de la tumeur elle-même, soit de la part d'une masse ganglionnaire profondément située.

Nous arrivons avec l'étude de la *dyspnée,* à l'analyse d'un symptôme les plus constants. Celle-ci apparaît d'ordinaire, sous la forme légère d'une simple gêne respiratoire, à un stade assez précoce de l'évolution du néoplasme. Dans beaucoup de cas, c'est là le symptôme qui amène le malade au médecin. Cette dyspnée est progressive. Nous entendons dire par là que les crises deviennent plus rapprochées et plus violentes. Il ne s'agit pas d'une dyspnée continue, de plus en plus pénible, mais de véritables crises asphyxiques avec cyanose de la face et angoisse extrêmement marquée. Une obstruction partielle de la trachée par des bourgeons néoplasiques ne peut expliquer qu'une gêne respiratoire continue et non pas les accès asphyxiques que nous voyons relatés aux Observations III, IV et V par exemple. Il faut, croyons-nous, invoquer des compressions nerveuses, celle des récurrents en particulier. Cette hypothèse semble se confirmer d'ailleurs par les constatations d'autopsie et par le fait que parfois les crises dyspnéiques augmentent d'intensité et d'acuité pour une certaine position (Observation III dans laquelle le decubitus dorsal favorisait et intensifiait les crises).

Il est nécessaire d'ajouter que cette dyspnée paroxystique peut être parfois encore aggravée par une infection pulmonaire intercurrente dont l'éclosion a été favorisée par la cachexie cancéreuse.

La toux peut exister d'ailleurs sans lésions pulmonaires. Elle est alors sèche, petite, répétée. Il faut voir là une irritation du pneumogastrique.

La *dysphagie* est, comme la dyspnée, un symptôme d'ordinaire précoce. Deux causes peuvent la produire. On sait que les récurrents envoient des ramifications à la partie supérieure de l'œsophage et il est logique de concevoir qu'une compression de ceux-ci, soit par la tumeur elle-même, soit par la chaîne ganglionnaire qui les longe, puisse provoquer du spasme œsophagien et partant de la dysphagie. Celle-ci peut aussi provenir d'une compression directe de l'œsophage par la masse néoplasique.

La dysphagie va en s'accentuant. De plus, elle s'accompagne de douleurs telles que bientôt la déglutition d'un bol alimentaire solide devient impossible. Seule l'alimentation liquide est réalisable. On conçoit dès lors combien actif est ce symptôme parmi les causes de déchéance physique.

Plus précoce semble être encore la *dysphonie*. Toutefois elle n'est pas constante, mais quand elle existe, elle apparaît tout au début de l'évolution du néoplasme (Observations II, III, IV, V, VI). La voix est rauque, parfois bitonale, éteinte. Il s'agit de compression ou d'irritation de l'un des récurrents. Plus tard, le larynx lui-même, les cordes vocales en particulier, peuvent être envahies, ce qui accentue encore ce symptôme (Observation III).

Il arrive que l'on peut observer des *hémoptysies*. Celles ci ne sont jamais précoces et ne surviennent guère qu'au moment de l'invasion de la trachée par les

bourgeons néoplasiques. Ceux-ci, assez friables, en contact avec le courant d'air plus ou moins brutal du conduit laryngo-trachéal, peuvent s'effriter et saigner à la suite d'efforts de toux. Il s'ensuit une hémoptysie discrète, mais répétée (Observation III), marquée seulement par quelques crachats sanguinolents.

III. Signes généraux. — A côté des symptômes que nous venons d'énumérer, il en est d'autres qui ne sont que les formes du retentissement général sur l'organisme, de l'évolution de l'épithélioma. Elles se limitent à deux : l'hyperthermie et la cachexie.

L'hyperthermie est loin d'être constante. Elle existe surtout dans les formes à évolution particulièrement rapide (Observations III et VIII). Elle n'est jamais d'ailleurs très élevée. Il semble assez difficile de dégager avec précision les causes qui contribuent à cette élévation thermique. Elles semblent assez complexes, dues en partie à la présence dans le sang de produits toxiques, de déchets cellulaires venant de la désagrégation de la glande par le néoplasme, dues aussi souvent à des phénomènes réactionnels tels que la lymphangite capsulaire relatée aux deux observations précitées et à l'état inflammatoire qui entoure la glande.

La cachexie est toujours la règle. Elle semble être d'une forme plus rapide que la cachexie cancéreuse ordinaire. Les phénomènes toxiques auxquels nous faisons allusion au paragraphe précédent semblent là encore jouer un rôle et lui donner une certaine acuité. L'amaigrissement est rapide, accompagné souvent de troubles digestifs qui entravent encore l'alimentation,

de troubles nerveux variables. Les analyses d'urine, quand elles sont pratiquées, mettent en évidence une certaine toxicité urinaire plus forte que normalement et parfois une phosphaturie qui peut jouer un rôle dans la dénutrition. D'autre part, il est évident que les fonctions sécrétoires de la glande thyroïdienne elle-même sont entravées, sa sécrétion viciée ou réduite et il peut s'ensuivre cette cachexie particulièrement rapide que Carrel a décrite sous le nom de cachexie cancéreuse thyroïdienne. D'ordinaire, des phénomènes de compression ou d'envahissement emportent le malade avant que cette cachexie type soit apparue.

FORMES CLINIQUES. — Elles se réduisent à trois :

1° Une forme plus ou moins latente accompagnée de symptômes discrets (Observations I et II), mais qui néanmoins à un moment donné évoluera à peu près sûrement en une des deux formes suivantes dont elle ne semble être d'ailleurs que le prodrome.

2° Une forme aiguë simple où le processus néoplasique tout en se développant rapidement donne néanmoins bien l'impression qu'il s'agit d'un cancer (Observations IV, V, VI).

3° Une forme suraiguë, caractérisée par un accroissement plus rapide encore de la tumeur, un envahissement précoce des tissus circonvoisins, une réaction locale marquée par de l'empâtement, des douleurs et de la fièvre, bref, en un mot, *le processus n'éveille pas l'idée d'un néoplasme, mais celle d'une infection* (Observations III et VIII).

Nous insistons sur cette dernière forme signalée

également d'ailleurs dans l'évolution de certains branchiomes du cou.

Il peut arriver que des métastases greffées sur le foie, les poumons, la rate, les reins changent l'allure clinique en surajoutant quelques symptômes particuliers à chaque localisation (Observation VII). Mais il semble que ces métastases soient rares.

EVOLUTION. — La mort est évidemment l'aboutissant fatal de l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde laissé à lui-même.

D'après les Observations qui précèdent, on voit que l'évolution en est particulièrement rapide. Le cas relaté à l'Observation III a évolué en 3 mois, les autres entre 4 mois et un an. Parfois, on peut noter dans cette évolution, un ralentissement, un semblant de rémission (Observation IV). Mais celui-ci n'a qu'une durée très limitée ; le processus néoplasique semble revivre à nouveau avec un redoublement d'acuité.

Et tandis que la tumeur augmente de volume, que, par conséquent, les phénomènes de compression nerveuse trachéale œsophagienne s'accentuent encore, la cachexie fait de plus en plus de progrès, une infection intercurrente peut s'installer, des métastases se greffer dans les principaux organes (Observation VII). Puis les crises dyspnéiques deviennent de plus en plus fortes, prennent l'aspect de véritables crises d'asphyxie, et c'est d'ordinaire à la suite de l'une d'elles que le malade meurt (Observations III, IV, V, VI) ou à la suite de la cachexie croissante (Observations VII et VIII).

Cette rapidité d'évolution est aussi l'apanage des

branchiomes de la région cervicale. Victor Veau signale dans sa thèse des cas où ceux-ci ont évolué en moins de 3 mois. Comme pour l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde, la terminaison n'était pas tant provoquée par la cachexie cancéreuse elle-même que par des phénomènes de compression ou d'envahissement des organes voisins (Trachée, œsophage, paquet vasculo-nerveux du cou). D'autre part, là aussi, les métastases viscérales sont très rares et n'interviennent pour ainsi dire pas dans la symptomatologie.

Nous retiendrons de ce Chapitre, *que l'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde évolue très vite, que cette rapidité peut appeler une réaction de l'organisme et se traduire par de la fièvre et un certain empâtement de toute la région cervicale, en un mot, qu'il a presque toujours une forme clinique aiguë, qui peut donner à l'ensemble des symptômes observés, un aspect inflammatoire.*

CHAPITRE V

Diagnostic

Le tout premier point est de s'assurer que la tumeur est bien d'origine thyroïdienne. Cela ne présente, le plus souvent, aucune difficulté : le siège de la tumeur, ses rapports intimes avec la trachée, la facilité avec laquelle elle suit les mouvements du larynx au moment de la déglutition, ne peuvent laisser que peu de doutes.

Nous devons cependant faire quelques réserves. Il peut arriver que la tumeur prenne naissance sur la partie la plus externe d'un lobe thyroïdien, que des adhérences la fixent aux organes voisins et que, de ce fait, sa mobilité n'existe plus (Observation I). L'interrogatoire du malade dans ce cas peut donner des renseignements utiles et éclairer le praticien sur les rapports, la situation et la mobilité de la tumeur tout au début de son apparition.

L'origine thyroïdienne de la tumeur étant reconnue, il est nécessaire d'éliminer toutes les affections médi-

cales et chirurgicales susceptibles de simuler un cancer.

Le *goître simple* tout d'abord, à première vue, peut avoir l'aspect extérieur analogue à celui d'une tumeur maligne. Le diagnostic différentiel se fera surtout avec deux éléments : l'âge du malade et la rapidité d'évolution de la tumeur. Le goître est une affection des deux premiers tiers de la vie, d'un développement lent, indolore qui nuit peu à peu à l'état général. D'ordinaire, on admet qu'à partir de 40-50 ans, il reste stationnaire. Aussi, si à cet âge, on voit un goître ancien augmenter à nouveau de volume, doit-on immédiatement penser à un cancer surajouté ? Ce cas est fréquent dans le cancer thyroïdien vrai ; au contraire, il est rare dans le cancer pavimenteux.

La *thyroïdite aiguë* peut difficilement être confondue avec un cancer en évolution. Elle se déclare d'ordinaire à la suite d'une infection chez un jeune sujet. Le début est brusque, accompagné souvent d'un frisson. La fièvre survient : elle atteint 39° d'emblée. Les douleurs apparaissent. Elles sont localisées à la tuméfaction thyroïdienne qui est dure, non bosselée au début, pour devenir nettement fluctuante ensuite. La peau ne tarde pas à rougir et il y a de l'empâtement et de l'œdème sous-cutané. Souvent le pus se collecte immédiatement sous la peau. Celle-ci devient violacée, s'amincit, finalement se perfore pour donner issue à la collection. Bref, on a sous les yeux tous les signes d'une affection inflammatoire aiguë et d'ailleurs un interrogatoire bien conduit léverait les doutes.

Il n'en est pas de même avec la *thyroïdite chronique* Celle-ci, rare d'ailleurs, est une forme spéciale d'inflammation aboutissant à la formation d'une tumeur. Celle-ci est extrêmement dure, d'une dureté comparable à celle du fer (Riedel), adhérente à la trachée, aux gros vaisseaux du cou, mais elle respecte la peau qui, à part sa distension, est absolument saine. Des phénomènes de compression apparaissent comme dans les cas de cancer. Un état subfébrile ou fébrile même s'installe. Puis, au bout de un mois et demi, deux mois, les phénomènes de compression diminuent, la tumeur régresse d'elle-même et tout disparaît. On conçoit combien difficile peut être le diagnostic d'une pareille affection. Seule l'évolution et l'état général du sujet sont susceptibles de l'éclairer.

Une *adénite tuberculeuse commune* (forme fibro-caséeuse) peut simuler une tumeur thyroïdienne. Si elle évolue depuis un certain temps, les phénomènes de péri-adénite qui l'accompagnent peuvent donner, au palper, l'impression d'une tumeur immobile, solidaire des organes voisins, de la thyroïde en particulier. D'autre part, les phénomènes locaux de réaction ne sont pas pour éloigner l'hypothèse possible d'une tumeur thyroïdienne et de l'épithélioma pavimenteux en particulier, puisque celui-ci peut s'accompagner d'une réaction inflammatoire identique. L'évolution par contre tranche le diagnostic. La masse ganglionnaire se ramollit et devient bientôt nettement fluctuante ; la peau devient adhérente à la tumeur, lui adhère, devient rouge violacé, s'ulcère et le pus s'écoule en dehors.

Le *goître tuberculeux* est une affection fort rare dont les symptômes et l'évolution ne permettent pas de le différencier d'une tumeur cancéreuse. Tous les cas relatés par Carrel ont été opérés avec le diagnostic de cancer. Nous croyons cependant qu'un signe peut le différencier de l'épithélioma pavimenteux, c'est la présence de ganglions perceptibles. Ceux-ci sont la règle dans le goître tuberculeux.

Il en est de même d'un *hématome suppuré* dans un kyste thyroïdien ancien. Il est possible que ce kyste reste longtemps ignoré du malade et que, de bonne foi, alors qu'il s'en est aperçu parce qu'il est devenu douloureux à la suite de l'infection de l'hématome, il croit que la tumeur s'est développée d'une façon très rapide. Dans ce cas, seule encore, l'absence d'une réaction ganglionnaire peut faire penser à un épithélioma pavimenteux.

Le cancer de la thyroïde étant reconnu, quels sont les signes cliniques qui permettront d'opter, avec la plus grande probabilité, pour le diagnostic d'épithélioma pavimenteux ?

1° L'absence d'un goître préexistant à la tumeur actuelle. Nous avons vu que l'épithélioma pavimenteux se développait presque toujours dans une glande extérieurement saine, alors que le cancer thyroïdien vrai était, dans 90 p. 100 des cas, greffé sur un goître ancien.

2° La rapidité de l'évolution et l'apparition précoce des phénomènes de compression et de cachexie.

3° L'absence de ganglions perceptibles à la palpation, fait très rare dans le cancer thyroïdien vrai.

4° Parfois un état de réaction locale, à allure plus ou moins inflammatoire susceptible de créer un état subfébrile et même fébrile.

Nous verrons, à propos du traitement, combien il importe de connaître d'une façon aussi précise que possible, à quel stade d'évolution se trouve le néoplasme, s'il se trouve encore à un stade de végétations intra-capsulaires, ou si, au contraire, les bourgeons cancéreux ont déjà envahi les organes avoisinants.

Aussi l'examen devra être complété par un examen laryngoscopique, bronchoscopique et œsophagoscopique. On découvrira ainsi les compressions nerveuses qui, le cas échéant, assureront le diagnostic (paralysie du récurrent, par exemple), l'envahissement du larynx (observation III), par des masses néoplasiques qui se reconnaîtront facilement, celui de la trachée et les causes réelles de la dysphagie (spasme ou rétrécissement par compression directe).

Le diagnostic peut être rendu extrêmement difficile du fait de symptômes qui orientent de suite les recherches du côté d'une affection inflammatoire, d'une infection.

Nous croyons que, devant une tumeur thyroïdienne, augmentant rapidement de volume non nettement fluctuante, produisant une certaine réaction locale d'allure plus ou moins inflammatoire, accompagnée d'un état subfébrile ou fébrile, de douleurs paroxystiques irradiées, on doit, en plus d'autres hypothèses très soutenables, émettre celle d'un épithélioma pavimenteux.

CHAPITRE VI

Traitement

Il est purement chirurgical et varie suivant l'état de la tumeur. Il n'est réellement efficace que si l'intervention est *précoce,* sans quoi il est impossible d'extraire toutes les infiltrations cancéreuses qui végètent dans les organes voisins et la récidive est alors la règle.

Quand le néoplasme se trouve encapsulé, l'énucléation simple de la tumeur peut être pratiquée (strumectomie, observation I). Toutefois le noyau peut être très adhérent à sa gangue et il est alors bien préférable de faire une *énucléation massive* ou mieux encore une *hémi-thyroïdectomie extra-capsulaire.*

La première de ces opérations consiste à extraire, en opérant sous la capsule propre le plus possible, la tumeur et le tissu glandulaire qui l'environne. Cette intervention possède le gros avantage d'éviter presque toujours les accidents post-opératoires, tels que la dysphonie, les troubles respiratoires et les hémor-

ragies graves puisque, en limitant le champ opératoire à la capsule elle-même, on risque beaucoup moins d'atteindre les nerfs et les vaisseaux environnants.

Néanmoins au chapitre d'anatomie pathologique et aux quelques lignes que nous avons consacrées à l'évolution technique, nous avons vu que très rapidement les boyaux épithéliaux néoplasiques pénétraient à l'intérieur de zones glandulaires qui, extérieurement, paraissaient saines et gagnaient ainsi la capsule d'abord, les organes voisins ensuite. Or il est impossible au moment de l'intervention de se rendre exactement compte des limites du mal et *il est imprudent de faire une excision trop économique.* Des épithéliomas pavimenteux encore encapsulés, bien limités, semblait-il, ont récidivé après une simple énucléation trop timide (observations I et II).

L'opération de choix est donc l'hémi-thyroïdectomie extra-capsulaire.

Quand la tumeur est encore encapsulée, on l'isole et on la libère tout d'abord. Puis on la luxe en dehors et on l'extrait, en ayant soin d'extraire aussi une très large portion du tissu glandulaire environnant.

L'opération est autrement plus longue et plus délicate quand il s'agit d'un épithélioma dont les limites ont franchi celles de la capsule. Carrel conseille alors de lier tout d'abord les vaisseaux thyroïdiens supérieurs et inférieurs, puis, de réséquer largement tout ce qui semble malade, même les vaisseaux et les nerfs et même quelques anneaux de la trachée, si cela est nécessaire. Le lobe thyroïdien qui contient le néoplasme, une fois libéré de ses adhérences avec les or-

ganes voisins et avec la trachée, est sectionné au thermo-cautère au niveau de l'isthme. Cette section est faite le plus loin possible des régions malades.

Suites opératoires. — Les suites opératoires peuvent être marquées par plusieurs accidents.

Les hémorragies tiennent la première place. Elles proviennent, semble-t-il, de ce que les ligatures peuvent être placées sur une paroi artérielle infiltrée par le néoplasme et par conséquent friable. Ces ligatures lâchent à un moment donné et il s'ensuit une hémorragie redoutable.

Les lésions nerveuses sont fréquentes, les récurrentes en particulier sont très souvent traumatisées, car très souvent aussi, ils se trouvent englobés dans du tissu suspect que l'on est forcé de réséquer. Il s'ensuit une dysphonie et une dysphagie qui durent quelques jours (observation II).

Est-il besoin d'insister sur la fréquence des récidives immédiates de l'épithélioma pavimenteux ? Il semble même que l'acte opératoire quand il n'a pas pu être complet, donne une activité plus grande encore aux éléments néoplasiques dont l'excision n'a pu être faite (Observations III, VI et VIII).

Ceux-ci prolifèrent avec plus de rapidité et envahissent alors des organes qui, jusque-là, n'avaient pas été infiltrés.

Devant les récidives si redoutables, si rapides, qui furent observées dans les cas de cancer de la thyroïde, on a préconisé une opération plus importante que celles dont nous avons parlées. Carle et certains chirurgiens allemands ont pratiqué des thyroïdectomies

totales pour des cancers qui avaient envahi la glande toute entière. Cette opération provoque un délabrement considérable, constitue un traumatisme très important. Néanmoins nous croyons qu'elle peut être pratiquée dans l'épithélioma pavimenteux quand la glande n'est plus qu'une masse néoplasique. A ce stade d'évolution les fonctions thyroïdiennes n'existent plus. Supprimer la glande ne serait donc pas créer un état d'hypothyroïdie qui existe de fait. D'ailleurs l'extirpation accomplie, il resterait à suppléer par une opotérapie thyroïdienne bien comprise, aux fonctions glandulaires de l'organe enlevé.

Nous résumerons ce chapitre en insistant sur le fait que l'intervention doit être *précoce* pour avoir des chances sérieuses d'être curative, que l'*hémithyroïdectomie extra-capsulaire* est l'opération de choix quand le néoplasme n'occupe qu'un lobe et qu'il ne faudrait pas reculer devant une thyroïdectomie totale si la glande entière était envahie.

CONCLUSIONS

I. — L'épithélioma pavimenteux du corps thyroïde est anatomiquement et cliniquement une tumeur maligne à évolution rapide.

II. — Son étiologie diffère du cancer thyroïdien vrai et se rapproche de celles des tumeurs branchiales du cou.

III. — Sa symptomatologie est à peu près celle du cancer thyroïdien aigu, mais le diagnostic différentiel repose sur l'absence de goître antérieur et de ganglions perceptibles, *sur l'évolution rapide de la tumeur accompagnée souvent d'un état inflammatoire qui peut prêter à confusion.*

IV. — Le traitement se résume en une hémi-thy-

roïdectomie extra-capsulaire, très large, aussi précoce que possible.

V. — La récidive est inévitable quand l'intervention a été soit trop économique, soit trop tardive et que l'infiltration cancéreuse a pu gagner les organes voisins.

Vu :
Nancy, le 1er décembre 1919.
Le Président de la thèse,
HOCHE.

Vu :
Nancy, le 2 décembre 1919.
Le Doyen,
E. MEYER.

Vu et permis d'imprimer :
Nancy, le 5 décembre 1919.
Le Recteur de l'Académie,
Ch. ADAM,
Membre de l'Institut.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Bagary (P.). — *Contribution à l'étude du cancer thyroïdien.* (Thèse de Lyon, 1903.)

Bard. - - *Précis d'anatomie pathologique.*

Bérard (L.) et Alarmatine (H.). — *Contribution à l'étude de la classification anatomique des tumeurs thyroïdiennes.* (Revue de Chirurgie de Paris, 1912, page605.)

Berger. — *Epithélioma branchiogène et épithélioma aberrant de la thyroïde.* (Congrès de Chirurgie, 1897, 18 octobre. Comptes rendus, page 15.)

Bertrand (Jos). — *Contribution à l'étude du cancer aigu et du cancer latent du corps thyroïde.* (Thèse de Lyon, 1895.)

Brault. — *Sur le développement des épithéliomas d'origine ectodermique.* (Presse Médicale, 1894, n° 28, p. 222.)

Brindel et Liaras. — *Epithélioma pavimenteux du corps thyroïde.* (Bull. Soc. anatomique de Bordeaux, 1895, et *in* Thèse Duboé.)

Brouardel et Gilbert. — *Nouveau Traité de Médecine.* (Tome XIII, page 338.)

Brunet. *Uber die branchiogenen Carcinome.* (Samml. klin. Vorträge v. Volkmann., n° 360.)

Bufnoir et Millian. — *Epithélioma pavimenteux du corps thyroïde.* (Soc. anat. de Paris, 1898, page 252.)

Carrel (Alexis). — *Le goître cancéreux.* (Thèse de Lyon, 1900.)

Cornil. — *Sur le développement de l'épithélioma du corps thyroïde.* (Archives de Physiologie, tome II, page 659.)

Dor (L.). — *Pathogénie et anatomie pathologique des goîtres et des cancers thyroïdiens.* (Gazette des Hôpitaux, 30 avril et 2 avril 1903.)

Duboé. — *Contribution à l'étude de l'évolution clinique du goître malin.* (Thèse de Bordeaux, 1897.)

Foerster. — *Supplément à l'atlas d'anatomie microscopique* (1856).

— *Uber die Geschwülste der Schildrüse.* (Würzburg. med. Zeitschr., 1860, Band I.)

Giraudeau. — *Contribution à l'étude du cancer latent du corps thyroïde.* (Revue de Médecine de Paris, 1884, page 102.)

Gruié (Marcel). — *De la forme médicale du cancer thyroïdien.* (Thèse de Lyon, 1899.)

Herrenschmidt. — *Carcinomes pavimenteux du corps thyroïde. Interprétation par la théorie des tumeurs d'origine basale.* (Thèse de Paris, 1904.)

Kaufmann. — *Struma maligna.* (Thèse analysée dans la « *Deutsche Zeitschrift für Chirurgie* », 1879.)

Lucke. — *Cancroïd der Schildrüse mit sehr akuten Verlauf.* (Archive für klin. Chirurgie, 1867, vol. VIII. p. 88.)

Mermet et Lacour. — *Epithélioma tubulé du corps thyroïde.* (Bull. Soc. anat. de Paris, 1896, page 791.)

Paviot et Gerest. — *Un cas d'épithélioma primitif du thymus. Valeur des corps concentriques pour le diagnostic histologique.* (Archives de Médecine expérimentale et d'anatomie pathologique, 1896, page 606.)

Veau (Victor). — *Etude de l'épithélioma branchial du cou.* (Thèse de Paris, 1901.)

Vermorel et Thiroloix. — *Epithélioma pavimenteux lobulé du thymus.* (Bull. Soc. anat. de Paris, 1894, p. 702.)

Wölfler. — *Entwicklung und Bau der Schildrüse.* (Arch. für klin. Chirurgie, 1880.)

Zicas (Basile). — *Contribution à l'étude des épithéliomas branchiaux.* (Thèse de Paris, 1903.)

TABLE DES MATIERES

	PAGES
Introduction	5
Chapitre premier	10
Chapitre II. — Anatomie pathologique	43
Chapitre III. — Pathogénie et Etiologie	50
Chapitre IV. — Symptomatologie	58
Chapitre V. — Diagnostic	68
Chapitre VI. — Traitement	71
Conclusions	77
Index bibliographique	79

Nancy. — Imp. CRÉPIN-LEBLOND, 21, rue Saint-Dizier (passage du Casino)

IMPROBVS
OMNIA
VINCIT
LABOR